

Información sobre Internación



MetLife Seguros S.A.

! Para ser completado por el establecimiento asistencial donde se efectuó la internación.
Por favor completar el presente formulario con una sola tinta, sin tachaduras ni enmiendas.

Cualquier internación debe ser comunicada a MetLife Seguros S.A. dentro de los treinta días corridos de haberse efectuado la misma.

Declaración

Por medio de la presente informo que

Nombre

Apellidos

Documento de Identidad

ha sido internado en

Domicilio

Motivo de la internación (*descripción de la enfermedad o lesión*)

Fecha de internación (*dd/mm/aa*)

Fecha de Alta Médica (*dd/mm/aa*)

Hora

En caso de haber requerido internación domiciliaria detallar:

Fecha desde (*dd/mm/aa*)

Fecha hasta (*dd/mm/aa*)

Hora

En caso de haber sido la internación en terapia intensiva detallar:

Fecha de internación (*dd/mm/aa*)

Fecha de Alta Médica (*dd/mm/aa*)

Hora

Nombre de Médico Asistente

DATOS PERSONALES - CONSENTIMIENTO: MetLife Seguros S.A. ("MetLife") recaba y trata sus Datos Personales con el único fin de administrar su seguro, así también como para el envío de información y ofertas sobre los productos de MetLife. Al suscribir este documento, (i) presto mi consentimiento previo, libre, expreso e informado para el referido tratamiento de los Datos Personales que proporcione a MetLife; (ii) autorizo a MetLife a transferir internacionalmente los Datos Personales a sus afiliadas; y (iii) autorizo a cualquier médico o profesional de la salud, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento, información, registros y/o datos sensibles vinculados a la salud o actividades, sea presente o pasada, para que pueda dar o entregar cualquier antecedente, información o examen solicitados por MetLife, así también como para que ésta la incorpore en la correspondiente base de datos con la finalidad de realizar cualquier gestión específica que sea requerida a los efectos del seguro solicitado. A su vez autorizo MetLife para que solicite, reciba y retire copia de tales antecedentes, exámenes o informes de las personas o instituciones mencionadas. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original. Tomo conocimiento y autorizo a que tanto los empleados de MetLife como sus terceros proveedores que requieran acceso a mis datos personales para las finalidades antes mencionadas. El responsable de la base de datos es MetLife Seguros S.A., domiciliada en Yaguarón 1407, piso 4, of. 401, Montevideo. Usted podrá ejercer sus derechos legales de acceso, rectificación, actualización, inclusión o supresión de sus Datos Personales, mediante una comunicación escrita a nuestras oficinas. Dicho derecho podrá ser ejercido en forma gratuita a intervalos de seis meses, salvo que se hubiere suscitado nuevamente un interés legítimo de acuerdo con el ordenamiento jurídico.

Firmas

Firme
Aquí

Aclaración

Sello de la Institución de Internación

Lugar

Fecha (*dd/mm/aa*)

Envío de Formulario

Correo o personalmente en:

Yaguarón 1407 piso 4 of. 401, Montevideo.

Email:

atencion.clientes@metlife.com.uy

Por Consultas:

0800 2700