

Solicitud Pago de Beneficio



MetLife Seguros S.A.

Datos del Beneficiario

Nombres		Apellidos		Documento de Identidad	
Dirección			Localidad		Departamento
Teléfono	Celular	E-Mail			Parentesco

Que medio de pago prefiere para la Reclamación

- Transferencia Bancaria** (*El Beneficiario / Asegurado Deberá ser el Titular de la cuenta bancaria. No se Aceptan cuentas bancarias a nombre de terceros*)

Banco		Sucursal		Tipo de Cuenta	
Número de Cuenta			Nombre del Titular (<i>de la cuenta</i>)		

Recuerde adjuntar comprobante de cuenta bancaria o ticket de cajero.

En caso que la cuenta fuera en el exterior: Dirección del Banco

Código Swift		País de Origen		Moneda	
--------------	--	----------------	--	--------	--

- Otro**

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 proporciono 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.

Dejo Constancia que una vez efectuado el pago en la cuenta bancaria antes mencionada, no tendré nada que reclamar contra MetLife Seguros S.A. con respecto al beneficio que origina dicho pago, desistiendo de toda acción contra la Compañía. La constancia del depósito tendrá valor de recibo. Declaro aceptar que en caso de existir costos asociados a la transferencia bancaria los mismos estén a mi cargo. Manifestamos ser los únicos beneficiarios bajo la póliza y declaramos no estar en conocimiento de otros beneficiarios. Si MetLife recibiera algún reclamo Judicial o Extra Judicial por parte de terceros respecto a la procedencia del pago de este beneficio nos obligamos a mantener indemne a MetLife, reintegrando la cuota parte que pudiera corresponder a los reclamantes.

Firme
Aquí

Aclaración

C.I.

Vías de contacto

Dirección:

Yaguarón 1407 piso 4 of. 401, Montevideo.

Email:

atencion.clientes@metlife.com.uy

Por Consultas:

0800 2700