

# Formulario de Cesión de Derechos



MetLife Seguros S.A.

Póliza(s) N°

## Datos del Asegurado

Nombres Apellidos

## Datos del Contratante

Nombres Apellidos

Actividad Empresa Ingresos Anuales

Parentesco con el propuesto Asegurado

## Declaración

Yo, \_\_\_\_\_ como Contratante de la(s) póliza(s) arriba indicada(s) cedo todos los derechos de las mismas al Asegurado \_\_\_\_\_ y me comprometo al pago de las primas correspondientes.

## Actualice sus datos (Contratante)

Dirección Departamento

Teléfono Celular E-Mail

## Actualice sus datos (Asegurado)

Dirección Departamento

Teléfono Celular E-Mail

**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 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	Contratante	Aclaración	C.I.
Firme Aquí	Asegurado	Aclaración	C.I.
Lugar		Fecha (dd/mm/aa)	

## Envío de Formulario

Adjuntar fotocopia de Cédula del Asegurado y enviar a MetLife Seguros S.A. vía:

Correo o personalmente en: Fax: Email: Por Consultas:  
Yaguarón 1407 piso 4 of. 401, Montevideo. 2903 3035 atención.clientes@metlife.com.uy 0800 2700

FALTA CODIGO UY ED 06/2018