

Solicitud de Cambio de Forma de Pago



MetLife Seguros S.A.

Póliza(s) N°

Declaración: Presto conformidad para que MetLife Seguros S.A. debite de la tarjeta, banco o ABITAB abajo indicada las cuotas del seguro solicitado.

Datos del Asegurado

Nombres		Apellidos	C.I.
Domicilio			Departamento
E-Mail	Teléfono		Celular

Solicito la RH de mi Póliza

Medio de pago Solicitado

Frecuencia de pagos: anual semestral trimestral mensual

Tarjeta:	MasterCard	OcaCard	Visa	Vencimiento (mm/aa)	Banco Emisor
	Cabal	Otra _____	_____	_____	



Completar el cuerpo troquelado al pie de este formulario.

Débito bancario (en caso de débito bancario, adjuntar el formulario de alta del banco a debitar)

Banco			Sucursal		
N° de Caja de Ahorro	\$	U\$\$	N° de Cuenta Corriente	\$	U\$\$

Abitab (solamente para frecuencia anual)

La presente Declaración rige a partir de la aceptación por parte de la Compañía Aseguradora.

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 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:	Por Consultas:
Yaguarón 1407 piso 4 of. 401, Montevideo.	2903 3035	0800 2700

Reservado para uso interno de MetLife

Token Número	Fecha (dd/mm/aa)	Operación

Por su seguridad, la información debajo de la línea será removida una vez procesada.

Número Tarjeta de Crédito	
---------------------------	--