



Montevideo, _____ de _____ de _____

Sres. BlueCross & BlueShield de Uruguay (Swiss Medical Uruguay S.A.)

Departamento de Atención al Cliente

Presente

Por este intermedio, _____

(Nombre del firmante, titular de póliza) con C.I. _____

autorizo expresamente a Swiss Medical Uruguay S.A., a extender la documentación por sus servicios únicamente en soporte electrónico.

Para ello solicitamos que:

- ✓ La misma sea enviada en formato electrónico – archivo PDF o imagen – a la siguiente dirección de correo electrónico:

- ✓ Se nos facilite el acceso a la documentación por medio de su página Web.

Sin otro particular, saluda a Ud. atte.

Firma: _____

Aclaración: _____

Doc. de Identidad/RUT: _____