

Montevideo, ____ de _____ de 201__.

Sres. BlueCross & BlueShield de
Uruguay (Swiss Medical Uruguay S.A.)
Departamento de Atención al Cliente
Presente

De nuestra mayor consideración:

Por la presente, _____ (Nombre del firmante, titular de póliza) con C.I. número _____, autorizo expresamente a Swiss Medical Uruguay S.A., a extender la documentación por sus servicios únicamente en soporte electrónico, amparados en el numeral 8 de la Resolución 798/2012.

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 _____

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- En caso de remitirla en copia física, dirigirla a BlueCross & BlueShield de Uruguay, Depto. de Atención al Cliente, Rambla Rep. de México 6405, Montevideo – CP 11500- En caso de remitirla electrónicamente (escaneada vía e-mail): dirigirla a atcliente@bcbsu.com.uy |
|--|