

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos		Nombre	
NIF/NIE		Fecha Nacimiento	
Domicilio			
Provincia		C.P	

DATOS DEL BENEFICIARIO (si distinto del Asegurado)

Apellidos		Nombre	
NIF/NIE			
Domicilio			
Provincia		C.P	

DATOS DE CONTACTO

Teléfono 1		Teléfono 2	
Mail			

INFORMACION PARA EL SINIESTRO

No. Póliza		Fecha Ocurrencia	
Cta Bancaria para pago			
Siniestro consecuencia de	<input type="checkbox"/> Accidente	<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Otro

COBERTURA RECLAMADA

Fallecimiento	<input type="checkbox"/>	Invalidez: Total / Absoluta / Parcial	<input type="checkbox"/>	Incapacidad Temporal	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Graves	<input type="checkbox"/>	Fracturas	<input type="checkbox"/>	Hospitalización	<input type="checkbox"/>
Desempleo	<input type="checkbox"/>	Asistencia Médica	<input type="checkbox"/>		

Firma del Asegurado/Beneficiario:
Fecha:

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999 LOPD, le informamos que los datos de carácter personal que usted nos proporcione serán incluidos en un fichero automatizado cuyo responsable es ALICO, con la finalidad de gestionar el expediente del siniestro aquí declarado. El interesado otorga su consentimiento expreso para que los datos aportados puedan ser tratados automatizadamente y sean cedidos en su totalidad o en parte, a instituciones colaboradoras con el Sector Asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude, a personas o Entidades para el análisis de riesgos o la investigación de siniestros, o por razones de coaseguro o de reaseguro, así como a la empresa matriz u otras subsidiarias en países dentro de la Unión Europea. El interesado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y/o cancelación de sus datos mediante el envío de carta a: **American Life Insurance Company - Avda. de los Toreros, 3 - 28028 Madrid**