



## 5. Cobertura reclamada

	Sí	No
Fallecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapacidad Total/Absoluta/Parcial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia Médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapacidad Temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalización y Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**“El firmante declara expresamente que los datos e información contenida en la presente declaración y en la documentación aportada es veraz y relativa al Asegurado de referencia”.**

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 American Life Insurance Company, Sucursal en España de Compañía estadounidense de Seguros de Vida, con la finalidad de gestionar el expediente del siniestro aquí declarado, así como de informarle de cualquier otro producto de seguros de la propia Entidad o de cualquier otra que consideremos de su interés.

La cumplimentación de la información aquí solicitada es voluntaria; en el caso de que el interesado decida no cumplimentar la misma en todo o en parte, American Life Insurance Company se reserva su derecho a llevar a cabo las acciones que dicha negativa implique en relación con la tramitación del expediente de siniestro declarado.

El interesado declara que los datos aportados son ciertos y otorga su consentimiento expreso para que puedan ser tratados. Asimismo le informamos que sus datos podrán ser 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 de American Life Insurance Company u otras subsidiarias en países dentro de la Unión Europea, a lo que el interesado consiente.

El interesado podrá ejercitar sus 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, nº 3 (28028 - Madrid), indicando el texto "EJERCICIO DE DERECHOS LOPD".

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del Asegurado/Beneficiarios  
(o de su representante legal)

**MetLife®**

American Life Insurance Company  
Es una Compañía del Grupo MetLife.  
Avda. de los Toreros, 3 - 28028 Madrid  
CIF: W-4001076-A • Tlf.: 902 550 366  
www.metlife.es