

Formulario Expediente de Siniestros

Cumplimentar por cada Beneficiario.

1. Datos del Asegurado / Información para el Siniestro

Nombre	<input type="text"/>	Apellidos	<input type="text"/>
NIF/NIE	<input type="text"/>	Nº Póliza	<input type="text"/>
Fecha ocurrencia del siniestro	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Siniestro consecuencia de:	
Cobertura reclamada:	<input type="text"/>	Accidente	<input type="checkbox"/>
		Enfermedad	<input type="checkbox"/>
		Otros	<input type="text"/>

2. Datos del Beneficiario

Nombre	<input type="text"/>	Apellidos / Razón Social			<input type="text"/>	
NIF/NIE/CIF	<input type="text"/>	Lugar de nacimiento			<input type="text"/>	
Nacionalidad 1	<input type="text"/>	Nacionalidad 2	<input type="text"/>	Nacionalidad 3	<input type="text"/>	
Domicilio principal						<input type="text"/>
Código Postal	<input type="text"/>	Localidad	<input type="text"/>	Provincia/País	<input type="text"/>	
Domicilio secundario						<input type="text"/>
Código Postal	<input type="text"/>	Localidad	<input type="text"/>	Provincia/País	<input type="text"/>	
E-mail	<input type="text"/>	Teléfono móvil				<input type="text"/>
Teléfono fijo	<input type="text"/>	Parentesco / Relación Asegurado				<input type="text"/>
SWIFT BIC (puede contener 8 u 11 posiciones)						<input type="text"/>
Número de cuenta - IBAN (en España el IBAN consta de 24 posiciones, comenzando siempre por ES)						<input type="text"/>
IBAN		BANCO		OFICINA	DC	CUENTA

3. Datos Fiscales del Beneficiario (De obligado cumplimiento)

País de Residencia Fiscal	En caso de España, provincia	Nº Identificación Fiscal
1		
2		

El Beneficiario deberá comunicar a MetLife cualquier cambio en su residencia fiscal en el plazo de 30 días desde que ésta se produzca.

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.

De conformidad con la legislación vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa al interesado que presta su consentimiento libre, específico e inequívoco para la incorporación y tratamiento automatizado de sus datos personales, incluidos datos de salud en los ficheros de MetLife Europe d.a.c, Sucursal en España con la finalidad de realizar la valoración del riesgo y, en caso de contratación, para la propia gestión de su contrato de seguro. Del mismo modo, se informa de que todos los datos personales solicitados son obligatorios, a excepción de aquellos en los que expresamente se indique lo contrario, de tal forma que, la negativa a suministrarlos supondrá la imposibilidad de celebrar el contrato de seguro. Esta información podrá ser cedida, en su totalidad o en parte, a instituciones colaboradoras con el sector asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude, así como a personas o Entidades por razones de análisis de riesgos, de investigación de siniestros, por razones de coaseguro o de reaseguro. El interesado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación al tratamiento y portabilidad de los datos en la sede de la Compañía aseguradora mediante el envío de un escrito al Dpto. de Protección de Datos de MetLife, Avda. de los Toreros, 3 28028 - Madrid, adjuntando una copia de su Documento de Identidad. Le informamos que los datos personales proporcionados serán tratados por los responsables mientras dure la prestación por Ud. contratada, y que una vez finalizada la relación se mantendrán bloqueados durante diez años, quedando sólo a disposición de Jueces y Tribunales, de conformidad a la normativa vigente. Igualmente le informamos que tiene derecho a retirar el consentimiento otorgado para el tratamiento de sus datos en cualquier momento, enviando un correo electrónico a datospersonales@metlife.es, o bien un escrito a la dirección arriba indicada. Del mismo modo, cuando el interesado considere que MetLife ha vulnerado los derechos que le son reconocidos por la normativa aplicable en protección de datos, podrá reclamar ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Sin perjuicio de ello, el interesado podrá ponerse en contacto con el delegado de protección de datos de MetLife, cuyos datos de contacto son datospersonales@metlife.es

Consiento mediante la firma del presente contrato, otorgo mi consentimiento expreso, inequívoco, específico e informado al tratamiento de mis datos de carácter personal en los términos anteriormente expuestos.

Consiento el tratamiento de mis datos de salud con la finalidad de llevar a cabo la valoración del siniestro declarado.

Fecha: ____/____/____

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



Exploremos la vida juntos