

Assicurazioni Generali S.p.A.

Group Life & Health Insurance
Policy Management Unit
Piazza Duca degli Abruzzi, 2
34132 TRIESTE - Italy

E-mail: pic@generali.com



generali.com

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Nº _____

GENERALI

RELLENE EL FORMULARIO A SU MEJOR SABER Y ENTENDER.

1. DEMANDANTE

INFORMACIÓN SOBRE USTED

ADJUNTE UNA COPIA DE SU PASAPORTE / CARNÉ DE IDENTIDAD / OTRO DOCUMENTO OFICIAL (NO ENVÍE EL ORIGINAL)

1.1 SU APELLIDO
(INCLUIDOS CAMBIOS DE APELLIDO Y EN LA ORTOGRAFÍA, SI LOS HUBIERA)

1.2 SU NOMBRE

1.3 SU APELLIDO DE SOLTERA, SI CORRESPONDE

1.4 SU SEXO

1.5 SU FECHA DE NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO)

1.6 SU LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD / ESTADO / PAÍS)

1.7 SU DIRECCIÓN ACTUAL

CALLE, N°

CIUDAD, CÓDIGO POSTAL

ESTADO / PROVINCIA

PAÍS

TELÉFONO

FAX

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

1.8 FAMILIAR MÁS CERCANO

RELACIÓN

CALLE, N°

CIUDAD, CÓDIGO POSTAL

ESTADO / PROVINCIA

PAÍS

TELÉFONO

FAX

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

2. PERSONA A QUIEN SE EXPIDIÓ LA PÓLIZA

FOTOCOPIE Y RELLENE ESTA HOJA PARA CADA PERSONA A QUIEN CONSIDERE QUE SE EXPIDIÓ UNA PÓLIZA DE SEGUROS. AÑADA TANTAS COPIAS DE ESTA HOJA COMO CONSIDERE NECESARIO.

2.1 APELLIDO (INCLUIDOS CAMBIOS DE APELLIDO Y EN LA ORTOGRAFÍA, SI LOS HUBIERA)

2.2 NOMBRE (INCLUIDOS CAMBIOS DE NOMBRE Y EN LA ORTOGRAFÍA, SI LOS HUBIERA)

2.3 SEGUNDO(S) NOMBRE(S) Y ALIAS (SI LOS HUBIERA)

2.4 APELLIDO DE SOLTERA, SI CORRESPONDE (INCLUIDOS CAMBIOS DE APELLIDO Y EN LA ORTOGRAFÍA, SI LOS HUBIERA)

2.5 SEXO

2.6 FECHA DE NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO)

2.7 LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD / ESTADO / PAÍS)

2.8 FECHA Y LUGAR DE FALLECIMIENTO (DÍA / MES / AÑO) O MÁS APROXIMADO

2.9 ANTIGUO(S) LUGAR(ES) CONOCIDO(S) DE RESIDENCIA ANTES DE 1945, INCLUIDAS LAS DIRECCIONES, SI ESTÁN DISPONIBLES

2.10 ÚLTIMA PROFESIÓN CONOCIDA (AÑADA EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR, SI SE CONOCEN)

2.11 NOMBRE DEL (DE LOS) CÓNYUGE(S), INCLUIDOS ALIAS Y DIFERENCIAS EN LA ORTOGRAFÍA, SI SE CONOCEN

2.12 NOMBRE DEL (DE LOS) HIJO(S), INCLUIDOS ALIAS Y DIFERENCIAS EN LA ORTOGRAFÍA, SI SE CONOCEN

2.13 SU RELACIÓN CON ESTA PERSONA (EJ.: HIJO/A, NIETO/A, SOBRINO/A, ETC.). ADJUNTE UN ÁRBOL GENEALÓGICO (TAN COMPLETO COMO SEA POSIBLE).

2.14 ¿VIVEN OTROS BENEFICIARIOS O HEREDEROS? SI ES ASÍ, ESPECIFIQUE SU RELACIÓN CON ESTA PERSONA E INCLUYA SUS DIRECCIONES ACTUALES.

3. PÓLIZA DE SEGUROS

3.1 ¿DISPONE DE ALGUNA PRUEBA DOCUMENTAL SOBRE LA EXISTENCIA DE UNA PÓLIZA DE SEGUROS? SI ES ASÍ, ESPECIFIQUE QUÉ TIPO DE REGISTROS TIENE EN SU PODER Y ADJUNTE COPIAS DE DICHS DOCUMENTOS.

4. ELEGIBILIDAD

4.1 ¿ESTA PERSONA FUE VÍCTIMA DE LA ÉPOCA DEL HOLOCAUSTO, ES DECIR, PERSEGUIDA POR LOS NAZIS O SUS ALIADOS DEBIDO A LA RELIGIÓN, LA POLÍTICA, LA RAZA O LA ORIENTACIÓN SEXUAL? ESPECIFIQUE CONFINAMIENTO EN CAMPOS DE CONCENTRACIÓN, GUETOS, ETC.

- SÍ
- NO

5. INDEMNIZACIÓN

5.1 ¿HA PARTICIPADO USTED O ALGUNA OTRA PERSONA EN EL PROGRAMA DE INDEMNIZACIÓN O RESTITUCIÓN DE ESTA PÓLIZA DE SEGUROS (EJ.: COMISIÓN INTERNACIONAL PARA RECLAMACIONES DE SEGUROS DE LA ÉPOCA DEL HOLOCAUSTO, FONDO DE CONCILIACIÓN DE GENERALI DE AUSTRIA, ETC.)?

- SÍ
- NO

5.2 SI ES ASÍ, ¿EN QUÉ PROGRAMA DE INDEMNIZACIÓN Y CON QUÉ RESULTADO?

6. CUALQUIER OTRO DOCUMENTO O INFORMACIÓN QUE PODRÍA SER ÚTIL

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ADJUNTOS:

- AUTORIZACIÓN PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS CONFIDENCIALES (A CONTINUACIÓN)
- COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
-
-
-

LUGAR, FECHA

.....

FIRMA DEL DEMANDANTE

.....