

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

FORMULAIRE DE DEMANDE

N° _____

GENERALI

Veillez remplir le formulaire en caractères d'imprimerie et y répondre au mieux de vos connaissances.

1. PARTIE DEMANDERESSE

INFORMATIONS VOUS CONERNANT

Veillez joindre une copie de votre passeport/carte d'identité/ou d'un autre document officiel (ne pas evoyer l'original)

1.1 VOTRE NOM PATRONYMIQUE (Y COMPRIS, LE CAS ECHEANT, TOUT CHANGEMENT DE NOM OU TOUTE MODIFICATION ORTHOGRAPHIQUE)

1.2 VOTRE PRÉNOM USUEL

1.3 VOTRE NOM DE JEUNE FILLE (LE CAS ECHEANT)

1.4 VOTRE SEXE

1.5 VOTRE DATE DE NAISSANCE (JOUR/ MOIS / ANNEE)

1.6 VOTRE LIEU DE NAISSANCE (VILLE / ÉTAT / PAYS)

1.7 VOTRE ADRESSE ACTUELLE

N°, rue

Ville, Code postal

État/Province/Région

Pays

Téléphone

(Fax)

Adresse E-mail

1.8 NOM, ADRESSE ET TELEPHONE D'UN VOTRE PARENT IMMEDIAT (SPECIFIER LE LIEN DE PARENTE)

N°, rue

Ville, Code postal

État/Province/Région

Pays

Téléphone

(Fax)

Adresse E-mail

2a. PERSONNE PAR LAQUELLE LA POLICE A ÉTÉ ÉMISE

Veillez joindre une photocopie et remplir cette page pour chacune des personnes pour lesquelles vous pensez qu'une police d'assurance a été souscrite. Joignez autant d'exemplaires de cette page que nécessaire.

- 2a.1 NOM PATRONYMIQUE (Y COMPRIS, LE CAS ECHEANT, TOUT CHANGEMENT DE NOM OU TOUTE MODIFICATION ORTHOGRAPHIQUE)
- 2a.2 PRENOM USUEL (Y COMPRIS, LE CAS ECHEANT, TOUT CHANGEMENT DE NOM OU TOUTE MODIFICATION ORTHOGRAPHIQUE)
- 2a.3 AUTRE(S) PRENOM(S) ET NOM D'EMPRUNT (LE CAS ECHEANT)
- 2a.4 NOM DE JEUNE FILLE, LE CAS ECHEANT (Y COMPRIS, LE CAS ECHEANT, TOUT CHANGEMENT DE NOM OU TOUTE MODIFICATION ORTHOGRAPHIQUE)
- 2a.5 SEXE
- 2a.6 DATE DE NAISSANCE (JOUR / MOIS / ANNÉE)
- 2a.7 LIEU DE NAISSANCE (VILLE / ÉTAT / PAYS)
- 2a.8 DATE ET LIEU DU DÉCÈS (JOUR/MOIS/ANNÉE) OU TELS QUE PRÉSUMÉS
- 2a.9 ANCIEN(S) DOMICILE(S) CONNU(S) AVANT 1945, Y COMPRIS, LE CAS ECHEANT, TOUTES ADRESSES
- 2a.10 DERNIÈRE PROFESSION CONNUE (SI VOUS LES CONNAISSEZ, AJOUTEZ LE NOM ET L'ADRESSE DE L'EMPLOYEUR)
- 2a.11 NOM DU/DES CONJOINT(S), Y COMPRIS TOUS NOMS D'EMPRUNT ET TOUTES VARIANTES ORTHOGRAPHIQUES, LE CAS ECHEANT
- 2a.12 NOM DE TOUT/TOUS ENFANT(S), Y COMPRIS TOUS NOMS D'EMPRUNT ET TOUTES VARIANTES ORTHOGRAPHIQUES, LE CAS ECHEANT
- 2a.13 VOTRE LIEN AVEC CETTE PERSONNE (PAR EXEMPLE, ENFANT, PETIT-FILS/PETITE FILLE, NEVEU/NIECE, ETC.) VEUILLEZ JOINDRE UN ARBRE GÉNEALOGIQUE (AUSSI COMPLET QUE POSSIBLE)
- 2a.14 EXISTE-T-IL D'AUTRES BÉNÉFICIAIRES OU HÉRITIERS VIVANTS? SI TEL EST LE CAS, VEUILLEZ INDIQUER LEUR LIEN AVEC LA PERSONNE CONCERNÉE ET FAIRE FIGURER LEUR ADRESSE ACTUELLE

2b. POLICE D'ASSURANCE

- 2b.1 DISPOSEZ-VOUS DE PREUVES MATÉRIELLES DE L'EXISTENCE D'UNE QUELCONQUE POLICE D'ASSURANCE? SI TEL EST LE CAS, PRÉCISEZ QUELS SONT LES TYPES DE PIÈCES DONT VOUS DIPOSEZ ET JOIGNEZ DES COPIES DE TOUS DOCUMENTS TELS EN VOTRE POSSESSION

2c. ELIGIBILITÉ

- 2c.1 CETTE PERSONNE A-T-ELLE ÉTÉ UNE VICTIME DE LA PÉRIODE DE L'HOLOCAUSTE, C'EST À DIRE, AT-ELLE ÉTÉ PERSECUTÉE PAR LES NAZIS OU LEUR ALLIÉS EN RAISON DE SA RELIGION, DE SES CONVICTIIONS RELIGIEUSES, DE SES ORIGINES RACIALES OU DE SON ORIENTATION SEZUELLE? VEUILLEZ INDIQUER LES INTERNEMENTS EN CAMPS , GHETTO, ETC.

- YES
- NO

2d. INDEMNISATION

- 2d.1 AVEZ-VOUS, OU UNE AUTRE PERSONNE A-T-ELLE, PARTICIPE A UN QUELCONQUE PROGRAMME D'INDEMNISATION OU DE RESTITUTION EN LIAISON AVEC CETTE POLICE D'ASSURANCE (PAR EXEMPLE, LA COMMISSION INTERNATIONALE SUR LE DEMANDES D'ASSURANCE RELATIVES A LA PÉRIODE DE L'HOLOCAUSTE (*INTERNATIONAL COMMISSION ON HOLOCAUST ERA INSURANCE CLAIMS*), LE FONDS AUTRICHIEN DE REGLEMENT GENERALI (*AUSTRIAN GENERALI SETTLEMENT FOUND*), ETC.?

- YES
- NO

- 2d.2 SI TEL EST LE CAS, DAN LE CADRE DE QUEL PROGRAMME D'INDEMNISATION, ET AVEC QUELS RESULTATS?

3. TOUTES AUTRES INFORMATIONS OU TOUS AUTRES DOCUMENTS SUSCEPTIBLES D'ETRE UTILES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PIECES JOINTES:

- AUTORISATION DE TRAITEMENT DE DONNEES SENSIBELS (CI-APRES)
- COPIE DE PIECE D'IDENTITE
-
-
-

Lieu, Date

Signature de la partie demanderesse

.....