

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

ANTRAGSFORMULAR

NR. _____

GENERALI

ANGABEN BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN UND NACH BESTEM WISSEN UND GEWISSEN MACHEN.

1. ANSPRUCHSBERECHTIGTER

INFORMATIONEN ZU IHRER PERSON

LEGEN SIE BITTE EINE KOPIE IHRES PASSES / PERSONAL AUSWEISES / OFFIZIELLER UNTERLAGEN BEI (BITTE KEINE ORIGINALS SENDEN!)

1.1 IHR NACHNAME (EINSCHLIEßLICH FRÜHERER NAMEN ODER SCHREIBWEISEN)

1.2 IHR VORNAME

1.3 IHR MÄDCHENNAMEN, FALLS ZUTREFFEND

1.4 IHR GESCHLECHT

1.5 IHR GEBURTSDATUM (TAG / MONAT / JAHR)

1.6 IHR GEBURTSORT (ORT / LAND)

1.7 IHRE GEGENWÄRTIGE ADRESSE:

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Land

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

1.8 NAME, ADRESSE UND TELEFON EINES NAHEN VERWANDTEN (BITTE VERWANDTSCHAFTS-VERHÄLTNIS ANGEBEN)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Land

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

2a. PERSON, FÜR DIE DIE POLICE AUSGESTELLT WURDE

MACHEN SIE VON DEN SEKTIONEN 2A-B-C-D BITTE EINE KOPIE FÜR JEDE PERSON, FÜR DIE IHRES WISSENS EINE POLICE AUSGESTELLT WURDE, UND FÜLLEN SIE DIE SEITEN AUS. MACHEN SIE SO VIELE KOPIEN WIE NOTWENDIG.

- 2a.1 NACHNAME (EINSCHLIEßLICH FRÜHERER NAMEN ODER SCHREIBWEISEN)
- 2a.2 VORNAME (EINSCHLIEßLICH FRÜHERER NAMEN ODER SCHREIBWEISEN)
- 2a.3 ZWEITE/R VORNAME/N UND ANDERE NAMEN (FALLS ZUTREFFEND)
- 2a.4 MÄDCHENNAME, FALLS ZUTREFFEND (EINSCHLIEßLICH FRÜHERER NAMEN ODER SCHREIBWEISEN)
- 2a.5 GESCHLECHT
- 2a.6 GEBURTSDATUM (TAG / MONAT / JAHR)
- 2a.7 GEBURTSORT (ORT / LAND)
- 2a.8 STERBEDATUM UND -ORT (MONAT / TAG / JAHR) BZW. NACH BESTEM WISSEN
- 2a.9 FRÜHERE/R WOHNORT/E VOR 1945, EINSCHLIEßLICH ANSCHRIFT, FALLS BEKANNT
- 2a.10 LETZTBEKANNT BESCHÄFTIGUNG (BITTE NAME UND ANSCHRIFT DES ARBEITGEBERS ANGEBEN, FALLS BEKANNT)
- 2a.11 NAME DES/DER EHEGATTEN, EINSCHLIEßLICH ANDERER NAMEN ODER SCHREIBWEISEN, FALLS BEKANNT
- 2a.12 NAME DES/DER EHEGATTEN, EINSCHLIEßLICH ANDERER NAMEN ODER SCHREIBWEISEN, FALLS BEKANNT
- 2a.13 IHR VERWANDTSCHAFTSVERHÄLTNIS MIT DIESER PERSON (Z.B. KIND, ENKEL, NEFFE, USW.). BITTE EINEN STAMMBAUM BEILEGEN (SO VOLLSTÄNDIG WIE MÖGLICH)
- 2a.14 GIBT ES ANDERE LEBENDE BEGÜNSTIGTE ODER ERBEN? FALLS JA, BITTE DAS VERWANDTSCHAFTSVERHÄLTNIS ZU DIESER PERSON UND ADRESSE ANGEBEN.

2b. VERSICHERUNGSPOLICE

2b.1 HABEN SIE UNTERLAGEN, DIE DAS BESTEHEN EINER VERSICHERUNGSPOLICE NACHWEISEN? FALLS JA, GEBEN SIE BITTE AN, WELCHE UNTERLAGEN SIE HABEN UND LEGEN SIE KOPIEN SOLCHER UNTERLAGEN IN IHREM BESITZ BEI.

2c. BERECHTIGUNG

2c.1 WAR DIESE PERSON EIN OPFER DES HOLOCAUSTS? GEBEN SIE BITTE AN, OB DIESE PERSON IN HAFT (LAGER, GHETTOS, USW.) WAR.

- JA
- NEIN

2d. ENTSCHÄDIGUNG

2d.1 HABEN SIE ODER EINE ANDERE PERSON AN ENTSCHÄDIGUNGS- ODER WIEDERGUTMACHUNGS-PROGRAMMEN FÜR DIESE VERSICHERUNGSPOLICE (Z. B. INTERNATIONALE KOMMISSION FÜR VERSICHERUNGSANSPRÜCHE AUS DER ZEIT DES HOLOCAUSTS, ALLGEMEINER ENTSCHÄDIGUNGSFONDS DER REPUBLIK ÖSTERREICH)?

- JA
- NEIN

2d.2 FALLS JA, WIE HIESS DAS ENTSCHÄDIGUNGSPROGRAMM UND WAS WAR DAS ERGEBNIS?

3. WEITERE INFORMATIONEN ODER UNTERLAGEN, DIE HILFREICH SEIN KÖNNTEN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANLAGEN:

- ERMÄCHTIGUNG ZUR BEARBEITUNG SCHUTZWÜRDIGER DATEN (S. UNTEN)
- KOPIE DER IDENTITÄTSUNTERLAGEN
-
-
-

ORT UND DATUM

.....

UNTERSCHRIFT DES ANTRAGSTELLERS

.....