

# Assicurazioni Generali S.p.A.

Global Life Policy Management  
Piazza Duca degli Abruzzi, 2  
34132 TRIESTE - Italy

E-mail: [pic@generali.com](mailto:pic@generali.com)



[generali.com](http://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 CONCERNANT**

*Veillez joindre une copie de votre passeport/carte d'identité/ou d'un autre document officiel (ne pas envoyer 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 DERNIERE 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 BENEFICIAIRES OU HERITIERS 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, PRECISEZ QUELS SONT LES TYPES DE PIECES 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 PERIODE DE L'HOLOCAUSTE, C'EST A DIRE, AT-ELLE ÉTÉ PERSECUTÉE PAR LES NAZIS OU LEUR ALLIES EN RAISON DE SA RELIGION, DE SES CONVICTIONS 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 PERIODE 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

.....

.....

**AUTORISATION DE TRAITEMENT DES DONNÉES,  
Y COMPRIS DES DONNÉES SENSIBLES**

*J'autorise par les présentes Assiucrazioni Generali S.p.A.:*

- *à traiter les données relatives à mon Formulaire de demande, y compris les données sensibles;*
- *à communiquer et transférer les données se rapportant à ma demande, y compris les données sensibles.*

*Note: conformément à l'art. 22 de la « Loi » les « données sensibles » sont des données personnelles révélatrices d'origines raciales ou ethniques, d'opinions politiques, de convictions religieuses ou philosophiques, de leur qualité d'adhérant à un partie politique, une organisation syndicale, une association ou une organisation de nature religieuse, philosophique ou politique, ainsi que les données afférentes à la santé ou à l'orientation sexuelle.*

.....  
*Lieu et date*

.....  
*Signature*