



INFORMACIÓN BENEFICIARIOS INDEMNIZACIONES

Los campos con dos rayas (--) son de uso exclusivo de la Compañía. Los campos con asterisco (*) no aplican para Personas Jurídicas

REV.DIC.2009

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

F-005-01-01

CIUDAD	FECHA DILIGENCIAMIENTO día mes año	SUCURSAL	No. PÓLIZA (--)
1. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO <i>(Si el Beneficiario es un tercero, por favor utilice el Formato para Actualización de Datos)</i>			
DATOS GENERALES			
PRIMER APELLIDO O RAZÓN SOCIAL		SEGUNDO APELLIDO*	NOMBRES* ONEROSO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TIPO DE PERSONA Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN NIT. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No. _____		FECHA NACIMIENTO* DÍA MES AÑO LUGAR NACIMIENTO*
DIRECCIONES			
TIPO	DIRECCIÓN	PAÍS	DEPARTAMENTO MUNICIPIO CORRESPONDENCIA Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tipo: 1: Residencial 2: Comercial -1 3: Comercial -2 4: Comercial -3 5: Representante Legal 6: Otra			
TELÉFONOS			
TIPO	NUMERO	TIPO	NUMERO
Tipo: 1: Residencial 2: Comercial -1 3: Comercial -2 4: Comercial -3 5: Celular 6: Fax 7: Correo electrónico 8: Representante Legal 9: Otra			
2. INFORMACIÓN ADICIONAL		3. RECLAMACIONES	
Indique los vínculos existentes entre el Tomador – Asegurado (1), Tomador – Beneficiario (2) y Asegurado – Beneficiario (3)? Familiar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Indique si en los últimos dos años ha reclamado a Generali Colombia Seguros Generales S.A., con el fin de verificar en nuestros archivos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Relacione a continuación las reclamaciones presentadas o indemnizaciones recibidas sobre seguros en esta u otra compañía de seguros en los últimos dos años? (I: Indemnización / R: Reclamación)	
		Año	Compañía Tipo de Seguro Valor I / R
4. FIRMAS			
El solicitante declara que los datos suministrados en la presente solicitud son completamente verídicos, que no ha ocultado ninguna información que afecte el concepto de gravedad del riesgo o que pueda influenciar la decisión de la compañía. Como constancia de haber leído, entendido y aceptado todo el documento, firmo y dejo huella en el presente documento.		Ciudad Hora Día Mes Año a.m. <input type="radio"/> p.m. <input type="radio"/>	
		FIRMA DEL BENEFICIARIO O DE QUIEN DILIGENCIA EL FORMATO	



INFORMACIÓN BENEFICIARIOS INDEMNIZACIONES

Los campos con dos rayas (--) son de uso exclusivo de la Compañía. Los campos con asterisco (*) no aplican para Personas Jurídicas

REV.DIC.2009

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

F-005-01-01

CIUDAD	FECHA DILIGENCIAMIENTO día mes año	SUCURSAL	No. PÓLIZA (--)
1. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO <i>(Si el Beneficiario es un tercero, por favor utilice el Formato para Actualización de Datos)</i>			
DATOS GENERALES			
PRIMER APELLIDO O RAZÓN SOCIAL		SEGUNDO APELLIDO*	NOMBRES* ONEROSO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TIPO DE PERSONA Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN NIT. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No. _____		FECHA NACIMIENTO* DÍA MES AÑO LUGAR NACIMIENTO*
DIRECCIONES			
TIPO	DIRECCIÓN	PAÍS	DEPARTAMENTO MUNICIPIO CORRESPONDENCIA Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tipo: 1: Residencial 2: Comercial -1 3: Comercial -2 4: Comercial -3 5: Representante Legal 6: Otra			
TELÉFONOS			
TIPO	NUMERO	TIPO	NUMERO
Tipo: 1: Residencial 2: Comercial -1 3: Comercial -2 4: Comercial -3 5: Celular 6: Fax 7: Correo electrónico 8: Representante Legal 9: Otra			
2. INFORMACIÓN ADICIONAL		3. RECLAMACIONES	
Indique los vínculos existentes entre el Tomador – Asegurado (1), Tomador – Beneficiario (2) y Asegurado – Beneficiario (3)? Familiar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Indique si en los últimos dos años ha reclamado a Generali Colombia Seguros Generales S.A., con el fin de verificar en nuestros archivos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Relacione a continuación las reclamaciones presentadas o indemnizaciones recibidas sobre seguros en esta u otra compañía de seguros en los últimos dos años? (I: Indemnización / R: Reclamación)	
		Año	Compañía Tipo de Seguro Valor I / R
4. FIRMAS			
El solicitante declara que los datos suministrados en la presente solicitud son completamente verídicos, que no ha ocultado ninguna información que afecte el concepto de gravedad del riesgo o que pueda influenciar la decisión de la compañía. Como constancia de haber leído, entendido y aceptado todo el documento, firmo y dejo huella en el presente documento.		Ciudad Hora Día Mes Año a.m. <input type="radio"/> p.m. <input type="radio"/>	
		FIRMA DEL BENEFICIARIO O DE QUIEN DILIGENCIA EL FORMATO	