



GENERALI COLOMBIA

INFORMACIÓN Y PAZ Y SALVO DE BENEFICIARIOS INDEMNIZACIONES SEGUROS MASIVOS

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

CIUDAD	FECHA DILIGENCIAMIENTO			SUCURSAL	No. PÓLIZA (--)
	dia	mes	año		

1. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

(Si el Beneficiario es un tercero, por favor utilice el Formato para Actualización de Datos)

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"/>		FECHA NACIMIENTO* DIA MES AÑO	LUGAR NACIMIENTO*

DIRECCIONES

TIPO <input type="checkbox"/>	DIRECCIÓN	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORRESPONDENCIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<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 <input type="checkbox"/>	NUMERO	TIPO <input type="checkbox"/>	NUMERO	TIPO <input type="checkbox"/>	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

Indique los vínculos existentes entre el Tomador - Asegurado (1), Tomador - Beneficiario (2) y Asegurado - Beneficiario (3)?

Familiar Comercial Laboral
Ninguna Otro

3. RECLAMACIONES

Indique si en los últimos dos años ha reclamado a Generali Colombia Seguros Generales S.A., con el fin de verificar en nuestros archivos? Si 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

Indique si el beneficiario posee cuenta bancaria: Si No

En caso afirmativo, por favor diligenciar los siguientes campos (numeral 4):

4. DATOS BANCARIOS DEL BENEFICIARIO DEL PAGO

Código Entidad Financiera (según relación)	
Tipo de Cuenta (Ahorros / Corriente)	
Número de Cuenta	

Relación de bancos para transferencia bancaria

Código	Entidad Financiera	Código	Entidad Financiera
01	BANCO DE BOGOTA	14	HELM BANK
02	BANCO POPULAR	19	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.
06	BANCO SANTANDER COLOMBIA S.A.	23	BANCO DE OCCIDENTE
07	BANCOLOMBIA	32	BANCO CAJA SOCIAL
08	ABN AMRO BANK	51	BANCO DAVIVIENDA S.A.
09	BANCO CITIBANK COLOMBIA	57	BANCO COLMENA
10	HSBC	52	BANCO AV VILLAS
12	BANCO SUDAMERIS COLOMBIA	40	BANCO AGRARIO
13	BANCO BBVA	61	COOMEVA

5. PAZ Y SALVO

Mediante el presente documento autorizo a GENERALI COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. y/o GENERALI COLOMBIA VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. para que en caso de encontrar pertinente el pago de la reclamación de la póliza señalada en el presente documento, proceda con el pago a mi favor del monto correspondiente a la indemnización a que haya lugar.

Así mismo, manifiesto que en caso de presentarse nuevos beneficiarios que acrediten igual o mejor derecho respecto de la reclamación, saldré al saneamiento y asumiré la responsabilidad de todas las oposiciones o reclamos efectuados por ellos, exonerando de toda responsabilidad a GENERALI COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. y/o GENERALI COLOMBIA VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. y/o

Finalmente declaro a GENERALI COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. y/o GENERALI COLOMBIA VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. a Paz y Salvo por todo concepto, una vez realice el pago a mi favor de la indemnización, cuya liquidación conocí y acepté.

6. 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. Declaro que conozco las condiciones del seguro ofrecido por la Compañía y sé que están publicadas permanentemente para mi consulta, en el sitio web www.generali.com.co.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado todo el documento, firmo y dejo huella en el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO O DE QUIEN DILIGENCIA EL FORMATO

Ciudad			
Día	Mes	Año	Hora a.m. <input type="radio"/> p.m. <input type="radio"/>

REV. SEP. 2012

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

F-005-01-03