

FORMULARIO PARA RECLAMACIÓN SOBRE  
PÓLIZA DE SEGURO  
ACUERDO DE LIQUIDACIÓN DE LOS BANCOS SUIZOS

PARA USE DE LA  
OFFICINA NÚM. DE  
RECLAMACIÓN

FECHA

## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN CONFIDENCIAL

Por favor sírvase rellenar este formulario aportando tanta información como pueda. **Para que podamos procesar su reclamación, debe contestar cada pregunta cuyo número se encuentra dentro de un cuadro en negrita (por ejemplo 2.1).** Cualquier información que usted tenga y pueda aproximar o calcular puede ayudarnos y, por lo tanto, debe incluirla. Por favor, **no dé respuestas que carezcan del mínimo fundamento.** Sin embargo, se aceptan respuestas como “no sé”, “no procede” o “no me acuerdo”. Si necesita más espacio, por favor utilice la última página para anotar cualquier información adicional. Si reclama más de una póliza, por favor rellene un formulario por cada una de las pólizas que reclama.

Asegúrese de : (1) haber firmado la Declaración de Consentimiento y Descargo, el Convenio de no demanda y el Reconocimiento de competencia en los espacios provistos, (2) el comprobante adjunto de identidad (por ejemplo, copia del pasaporte) y (3) incluir todos los documentos, declaraciones o datos que sustenten su reclamación.

**0.1** *Firma del reclamante* \_\_\_\_\_  
*Lugar donde se firma el formulario* \_\_\_\_\_  
*Fecha de la firma* \_\_\_\_\_ DÍA /MES /AÑO

**0.2** Su representante, en caso de tenerlo, debe firmar a continuación  
*Firma del representante* \_\_\_\_\_  
*Lugar donde se firma el formulario* \_\_\_\_\_  
*Fecha de la firma* \_\_\_\_\_ DÍA /MES /AÑO

## 1 INFORMACIÓN GENERAL 1

**1** *¿El titular de la póliza, beneficiario o asegurado fue víctima u objetivo de la persecución nazi?* **1**

El término “titular de la póliza” se refiere a la persona que suscribió el contrato de seguro. El término “beneficiario” se refiere a la persona que tiene derecho a recibir el pago del seguro. Tome en cuenta que el término “persona asegurada” se refiere a la persona que tuvo la cobertura del seguro.

G Sí G No

Una víctima u objetivo de la persecución nazi es cualquier individuo, empresa, sociedad, trabajador independiente, empresa no registrada, comunidad, congregación, grupo, organización o cualquier entidad perseguida o señalada para ser perseguida por el régimen nazi por su manifiesta o atribuida condición de judío, testigo de Jehová, homosexual, o por discapacidad física o mental.

## INFORMACIÓN SOBRE USTED MISMO

Por favor adjunte una copia de su pasaporte, documento de identidad, licencia de conducción o cualquier otra identificación oficial.

**No envíe el documento original.**

<b>2.1</b>	<i>Apellidos</i>	<b>2.1</b>
<b>2.2</b>	<i>Primer nombre</i>	<b>2.2</b>
2.3	Segundo(s) nombre(s) (en su caso)	2.3
<b>2.4</b>	Apellidos de soltera (en su caso)	<b>2.4</b>
2.5	Sexo <b>G</b> Varón <b>G</b> Mujer	2.5
2.6	<b>Cambios de los nombres, incluyendo cambios de ortografía (si los hubiera)</b> (Por favor proporcione la fecha del cambio de nombre y cualquier documentación oficial si la hay.)	2.6
	_____	
	_____	
	_____	
2.7	Fecha de nacimiento (día/mes/año)	2.7
2.8	Lugar de nacimiento (país/estado/ciudad)	2.8
	_____	
	_____	
	_____	
2.9	Nacionalidad Si su nacionalidad no es por nacimiento, ¿cuándo la adquirió? Relación de todas las anteriores nacionalidades (en su caso) y de fechas en las cuales tuvo dichas nacionalidades:	2.9
	_____	
	_____	
	_____	
<b>2.10</b>	<i>Dirección actual</i> Por favor incluya el país y los códigos de área de los teléfonos/fax	<b>2.10</b>
	<b>Calle y Número</b>	
	<b>Ciudad</b>	
	<b>Estado</b>	
	<b>Código postal</b>	
	<b>País</b>	
	<b>Teléfono</b>	
	<b>Fax</b>	
2.11	Nombre, dirección y teléfono de un pariente suyo	2.11
	_____	
	_____	
	_____	

**3.1** *Nombre de la empresa*  
(Por favor consulte la lista de Empresas Aseguradoras Participantes en el documento de prueba 1)

3.1

**G** El nombre de la empresa es:

---

**G** No sé cuál es el nombre de la empresa, pero la razón por la que creo que una de las Empresas Aseguradoras Participantes pudo haber emitido la póliza es la siguiente:

---



---



---

3.2 Lugar dónde la póliza de seguro fue comprada

3.2

País

---

Ciudad

---

Estado

---



---

3.3 Otra información que pueda ayudar en la búsqueda, por ejemplo: nombre del agente de seguros o intermediario que vendió la póliza, membrete, logotipo de la empresa, etc.

3.3

---



---



---

**4.1** *¿Puede proporcionarnos copias de cualquier documento o estado de cuenta o cualquier otro tipo de información que sustente su reclamación?*

4.1

**G** Sí **G** No

En caso afirmativo: **G** póliza  
**G** correspondencia  
**G** pagos de la prima  
**G** otros documentos, estados de cuenta u otro tipo de información.  
Por favor especifique:

---



---



---

**PARA GARANTIZAR EL PROCESAMIENTO RÁPIDO Y EXACTO DE SU RECLAMACIÓN, POR FAVOR ADJUNTE COPIAS DE TODOS LOS DOCUMENTOS QUE TENGA EN SU PODER.**

5.1 Tipo de póliza de seguro 5.1

- Seguro de vida
  - Anualidad
  - Donación para educación
  - Otro, por favor especifique:
- 
- 

5.2 Número de póliza 5.2

5.3 Tipo de divisa 5.3

5.4 Valor nominal 5.4

5.5 Fecha de emisión (Indique la fecha en que, según cree usted, la póliza fue comprada o emitida. Debe usted incluir esta información aunque esté basada en un cálculo aproximado ya que nos ayuda a determinar su reclamación. Sin embargo, si no tiene idea alguna de la fecha de compra o emisión, **por favor no haga conjeturas.**) 5.5

5.6 Fecha de vencimiento 5.6

**5.7** ¿Sabe usted de algún pago hecho sobre la base de la póliza de seguros? **5.7**

Sí  No

En caso afirmativo:

¿Cuándo?

---

¿A quién?

---

¿Cantidad?

---

*A continuación por favor especifique el tipo de pago:*

**G Pago a una cuenta bloqueada**

(una cuenta a nombre del titular de la póliza y con acceso restringido, por ejemplo: las transacciones eran posibles sólo cuando lo permitía el gobierno)

**G Pago a un gobierno después de haber sido confiscada la póliza**

(el gobierno confiscó la póliza y posteriormente los beneficios fueron pagados directamente al gobierno)

**G Anticipo o préstamo garantizado con la póliza**

(un préstamo garantizado con la póliza que otorgó la empresa de seguros al titular de la misma)

**G Pago de rescate**

(rescate prematuro de la póliza por la empresa con el fin de recibir el valor de rescate en efectivo)

**G Pago de liquidación**

(un pago hecho por la empresa aseguradora para liquidar una reclamación relacionada con la póliza, incluyendo el vencimiento de la póliza o la defunción del titular)

5.8	Forma de pago de la prima: G Pago único G Pago semanal/mensual/anual	5.8
5.9	Monto de la prima	5.9
5.10	¿Cree Ud que se pagaron las primas? Si no, ¿por cuánto tiempo se hicieron los pagos? ¿Por qué se dejaron de hacer los pagos?	5.10
5.11	¿Alguna persona ha hablado con la empresa de seguros sobre esta póliza de seguros? En caso afirmativo, por favor dé el nombre, año, etc... (Por favor adjunte copias de toda la correspondencia pertinente con la empresa de seguros.)	5.11

## 6 TITULAR DE LA PÓLIZA 6

El término “titular de la póliza” se refiere a la persona que suscribió el contrato de seguro. Por favor escriba el nombre tal como aparece en un documento oficial, como una póliza de seguros, e incluya todas las formas como pudiera escribirse.

<b>6.1</b>	<i>Apellidos del titular de la póliza</i>	<b>6.1</b>
<b>6.2</b>	<i>Primer nombre del titular de la póliza</i>	<b>6.2</b>
6.3	Segundo(s) nombre(s)	6.3
<b>6.4</b>	<i>Apellidos de soltera de la titular (en su caso)</i>	<b>6.4</b>
6.5	Sexo    G Varón    G Mujer	6.5
<b>6.6</b>	Cambios de los nombres, incluyendo los cambios de ortografía (en su caso) y, de haberlos, los documentos oficiales relacionados con los cambios de nombre.	<b>6.6</b>
6.7	Cualesquiera otros nombres usados por el titular de la póliza (incluso los seudónimos).	6.7
<b>6.8</b>	Fecha de nacimiento del titular de la póliza (día/mes/año)	<b>6.8</b>
<b>6.9</b>	<i>Lugar de nacimiento del titular de la póliza (país/estado/ciudad)</i>	<b>6.9</b>
6.10	En su caso, la fecha (día/mes/año) y lugar de fallecimiento del titular de la póliza o la mejor aproximación.	6.10
<b>6.11</b>	<i>Nacionalidad del asegurado</i> Si no fue por nacimiento, ¿cuando la adquirió? Todas las nacionalidades anteriores (en su caso) y fechas en que las tuvo	<b>6.11</b>

6.12 Lugares de residencia anteriores a 1945 del titular de la póliza, incluyendo sus estancias en los campos, ghettos, etc. 6.12  
¿Cuánto tiempo permaneció el titular de la póliza en esos lugares?  
De saberlas, por favor proporcione las fechas.

6.13 Si el titular fue asegurado por su empleador, ¿cuál era la profesión del titular y cuál era el nombre del empleador hasta 1945? 6.13

6.14 ¿Cual es su relación con el titular de la póliza (por ejemplo: esposo, esposa, hijo, etc.)? 6.14

**6.15** *¿Conoce usted a algún otro heredero del titular de la póliza que aún viva?* **6.15**  
**G** Sí **G** No  
En caso afirmativo, por favor proporcione los nombres y las direcciones.

## 7 PERSONA ASEGURADA 7

El término “asegurado” se refiere a la persona que estaba cubierta por la póliza de seguros.

**7.1** *Apellidos de los asegurados* **7.1**

**7.2** *Primer nombre de los asegurados* **7.2**

7.3 Segundo(s) nombre(s) de los asegurados 7.3

**7.4** *Apellidos de soltera de la(s) asegurada(s) (en su caso).* **7.4**

7.5 Sexo **G** Varón **G** Mujer 7.5

7.6 Cambios de los nombres, incluyendo los cambios de ortografía (en su caso) 7.6

7.7 Cualesquiera otros nombres usados por los asegurados (incluso los seudónimos). 7.7

**7.8** *Fecha de nacimiento de los asegurados (día/mes/año)* **7.8**

**7.9**

*Lugar de nacimiento de los asegurados (país/estado/ciudad)*

**7.9**

---



---



---



---

7.10 En su caso, la fecha (día/mes/año) y lugar de fallecimiento de los asegurados o la mejor aproximación 7.10

---



---



---

**7.11** *Nacionalidad de los asegurados* **7.11**

Si no fue por nacimiento, ¿cuándo la adquirieron?  
 Todas las nacionalidades anteriores (en su caso)  
 y fechas en que las tuvo.

---



---



---



---



---

7.12 Lugares de residencia de los asegurados antes de 1945, incluyendo sus estancias en los campos, ghettos, etc. 7.12

¿Cuánto tiempo permanecieron los asegurados en esos lugares?  
 De conocerlas, por favor proporcione las fechas.

---



---



---



---



---

7.13 ¿Cual es su relación con los asegurados (por ejemplo: esposo, esposa, hijo, etc.)? 7.13

---



---



---

**7.14** *¿Conoce usted a algún otro heredero de los asegurados que aún viva?* **7.14**

**G** Sí **G** No  
 En caso afirmativo, por favor proporcione los nombres y las direcciones.

---



---



---



---



---



---

El término "beneficiario" se refiere a la persona nombrada en esta póliza con derecho a recibir el pago del seguro.

<b>8.1</b>	<i>Apellidos del beneficiario</i>	<b>8.1</b>
<b>8.2</b>	<i>Primer nombre del beneficiario</i>	<b>8.2</b>
8.3	Segundo(s) nombre(s) del beneficiario	8.3
<b>8.4</b>	<i>Apellidos de soltera de la beneficiaria (en su caso).</i>	<b>8.4</b>
8.5	Sexo <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	8.5
8.6	Cambios de los nombres, incluyendo los cambios de ortografía, si los hubiera	8.6
8.7	Cualesquiera otros nombres usados por el beneficiario (incluso los seudónimos).	8.7
<b>8.8</b>	<i>Fecha de nacimiento del beneficiario (día/mes/año)</i>	<b>8.8</b>
<b>8.9</b>	<i>Lugar de nacimiento del beneficiario (país/estado/ciudad)</i>	<b>8.9</b>
8.10	En su caso, la fecha (día/mes/año) y lugar de fallecimiento del beneficiario o la mejor aproximación	8.10
<b>8.11</b>	<i>Nacionalidad del beneficiario</i> Si no fue por nacimiento, ¿cuando la adquirió? Todas las nacionalidades anteriores (en su caso) y fechas en que las tuvo	<b>8.11</b>
8.12	Lugares de residencia del beneficiario antes de 1945, incluyendo sus estancias en los campos, ghettos, etc. ¿Cuánto tiempo permaneció el beneficiario en esos lugares? De conocerlas, por favor proporcione las fechas.	8.12
8.13	¿Cual es su relación con el beneficiario (por ejemplo: esposo, esposa, hijo, etc.)?	8.13

**8.14** *¿Conoce usted a algún otro heredero del beneficiario que aún esté vivo?* **8.14**

**G Sí G No**

En caso afirmativo, por favor proporcione los nombres y las direcciones.

---



---



---



---

**9** **COMPENSACIÓN** **9**

**9.1** *¿Ha participado usted o alguna otra persona en algún procedimiento de compensación o restitución relacionado con esta reclamación?* **9.1**

**G Sí G No G No sé**

En caso afirmativo, por favor indique todas los procedimientos. (Por favor agregue BEG o cualquier otro número de registro del procedimiento)

**G** Deutsche Wiedergutmachung, Bundesentschädigungsgesetz (BEG)  
**G** Bundesrückerstattungsgesetz (BRüG)  
**G** Comisión Internacional sobre el Holocausto-Periodo de las reclamaciones de seguro (ICHEIC)  
**G** Iniciativa de la Fundación Alemana (GFI)  
**G** Österreichisches Entschädigungsgesetz  
**G** Comisión Extranjera de los EE.UU. para la liquidación de reclamaciones  
**G** Otra, por favor especifique: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuánto se le pagó y a quién?

---



---

Si usted presentó una solicitud pero no recibió ningún pago, ¿cuál fue la razón?

---



---

**10** **DATOS SOBRE EL REPRESENTANTE DEL RECLAMANTE** **10**

¿Está alguna persona representándole? (No es necesario que alguien le represente.)  
 En caso afirmativo, necesita rellenar esta sección.  
 Por favor asegúrese de que su representante firme la primera página del formulario y la Declaración de Consentimiento.

10.1 Apellidos del representante 10.1

---

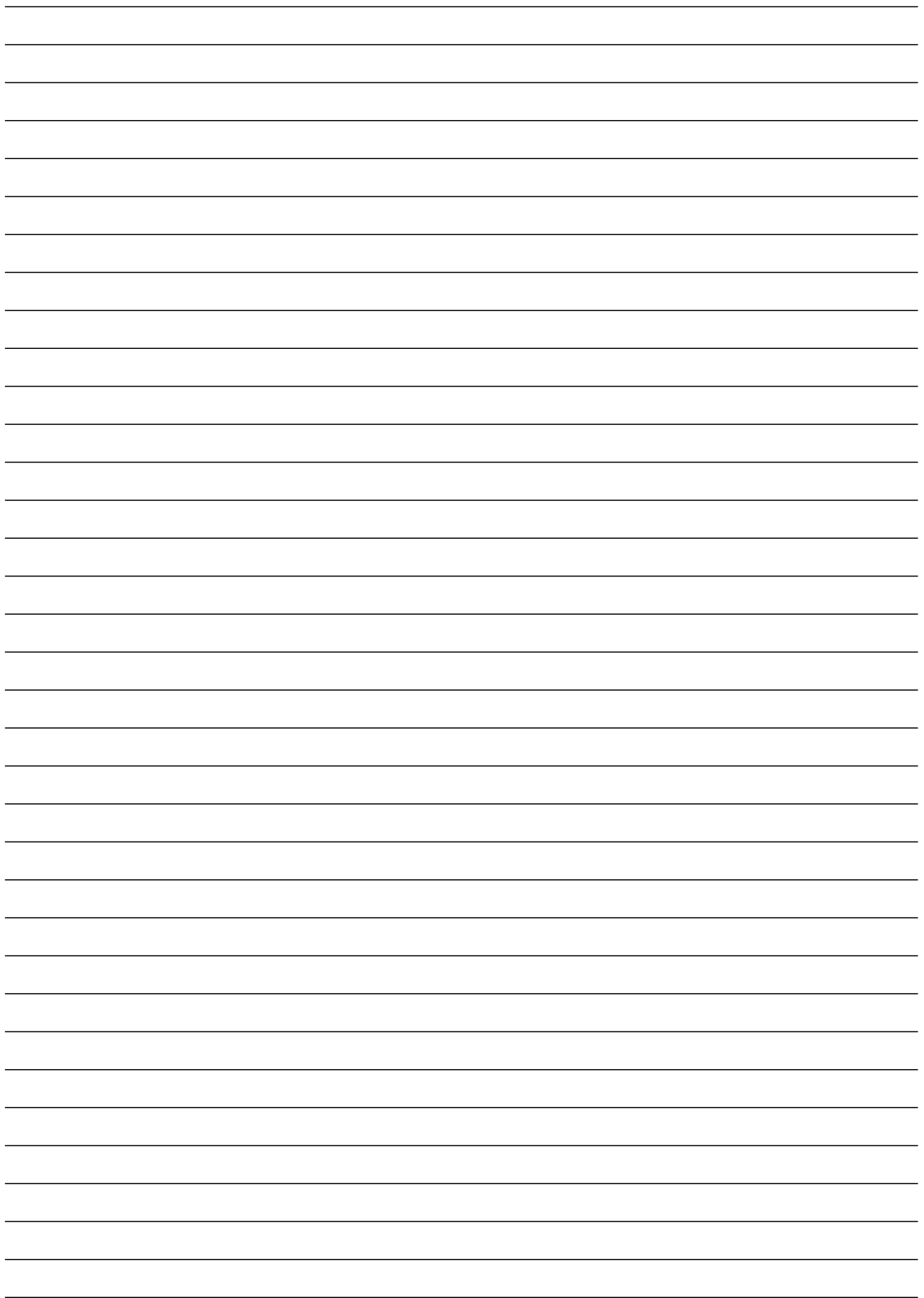
10.2 Primer nombre del representante 10.2

---

10.3 Segundo(s) nombre(s) del representante 10.3

---





## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO Y REPRESENTACIÓN LEGAL

El suscriptor por este conducto autoriza a las Empresas Aseguradoras Participantes y al Tribunal Arbitral para Cuentas Inactivas en Suiza (Claims Resolution Tribunal; en adelante CRT) para investigar la reclamación descrita en el formulario de los bancos suizos de reclamación sobre la póliza de seguro (en adelante la Reclamación) y para copiar los documentos con información personal y usar dicha información para investigar la reclamación.

Todos los documentos descritos en esta Declaración de consentimiento deberán emplearse solamente para investigar o procesar la reclamación.

El suscriptor reconoce que para llevar a cabo esta investigación puede ser necesario que las Empresas Aseguradoras Participantes o el CRT utilicen información personal (según la definición de las Directrices Europeas Núm. 95/46, de la Ley de Protección de Datos 1998 (Reino Unido), de la Ley Federal Suiza de Protección de Datos de 1992 y de otras leyes nacionales de protección de datos que fueran aplicables).

Es posible que las Empresas Aseguradoras Participantes o el CRT necesite compartir esta información con terceras personas y transferirla a jurisdicciones fuera del Espacio

Económico Europeo o de Suiza —a pesar de que dicha jurisdicción no proporcione el mismo o equivalente nivel de protección para la información personal que el que existe en el Espacio Económico Europeo o en Suiza—.

El suscriptor consiente a dicho procesamiento, revelación o transferencia de la información.

El suscriptor autoriza las investigaciones hechas en todas las dependencias gubernamentales pertinentes, organizaciones no gubernamentales y en los archivos pertinentes y también autoriza a todas esas dependencias, organizaciones, u organismos a proporcionar a las Empresas Aseguradoras Participantes la información solicitada, incluyendo pero sin limitarse a fotocopias del material de archivo importante. Para facilitar este proceso, el suscriptor otorga a las Empresas Aseguradoras Participantes y al CRT poder para que puedan obtener toda la información necesaria para aclarar si las pólizas descritas en la reclamación fueron confiscadas por el régimen nazi, si fueron sujetas a procedimientos de restitución por la República Federal Alemana, y si la restitución fue pagada. El suscriptor también otorga a las Empresas Aseguradoras Participantes y al CRT poder para obtener copias de los documentos disponibles.

## RECONOCIMIENTO DE COMPETENCIA

El suscriptor reconoce que, según lo estipulado en la Modificación Núm. 2 del Acuerdo de Liquidación suizo, si una Empresa Aseguradora participa en el Acuerdo de Liquidación suizo, no por este hecho queda bajo la jurisdicción del Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el

Distrito Este de Nueva York ni de cualquier otro Estado o tribunal federal en los Estados Unidos, y, según lo estipulado en dicha modificación, las partes del Acuerdo no alegarán que alguna de las Empresas aseguradoras participantes está sujeta a dicha jurisdicción.

# FIRMAS

**Al firmar a continuación** usted está conforme con la Declaración de consentimiento, el Descargo y el Convenio de no demandar y de Competencia de Reconocimiento a lo anterior

Nota: Todos los renglones deben estar rellenos. Si no conoce la respuesta, escriba SE DESCONOCE  
Si omite la firma, dé el motivo, por ejemplo: FALLECIDO, CONTACTO PERDIDO.

**1. Nombre del Reclamante** \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento DÍA /MES /AÑO \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_  
Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de la firma \_\_\_\_\_  
Dirección del reclamante \_\_\_\_\_

**2. Nombre del Titular de la póliza** \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento DÍA /MES /AÑO \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_  
Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de la firma \_\_\_\_\_  
Relación del reclamante con el titular de la póliza \_\_\_\_\_ o razón por la que se omite la firma \_\_\_\_\_  
Dirección del Titular de la póliza \_\_\_\_\_

**3. Nombre del Asegurado** \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento DÍA /MES /AÑO \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_  
Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de la firma \_\_\_\_\_  
Relación del reclamante con el Asegurado \_\_\_\_\_ o razón por la que se omite la firma \_\_\_\_\_  
Dirección del Asegurado \_\_\_\_\_

**4. Nombre del Beneficiario** \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento DÍA /MES /AÑO \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_  
Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de la firma \_\_\_\_\_  
Relación del reclamante con el Beneficiario \_\_\_\_\_ o razón por la que se omite la firma \_\_\_\_\_  
Dirección del Beneficiario \_\_\_\_\_

# FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL RECLAMANTE

*Si usted tiene un representante (por ejemplo un abogado), él o ella debe firmar a continuación esta Declaración de Consentimiento*

**5. Nombre del Representante** \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Fecha de la firma \_\_\_\_\_  
Lugar de la firma \_\_\_\_\_