Modifier ma situation

Generali Vie, Société anonyme au capital de 332 321 184 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris
Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris
Société appartenant au Groupe Generali immatriculé
sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

ATTENTION :
Veillez à respecter les minima prévus sur la Note d'information valant Conditions générales du contrat concerné.

Numéro du contrat _____ (obligatoire) Nom du contrat _____ (obligatoire)

Souscripteur

☐ Monsieur ☐ Madame
Nom _____
Prénom _____
Nom de naissance _____
Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|
Lieu de naissance _____
Pays _____ Département |_|_|
Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
e-mail _____
Profession _____
☐ Je change **d'adresse :**
Nouvelle adresse _____
Code Postal |_|_|_|_|_| Ville _____

Co-Souscripteur

Joindre la (ou les) copie(s) recto-verso d'une pièce officielle d'identité, en cours de validité avec photographie et mentions lisibles.

☐ Monsieur ☐ Madame
Nom _____
Prénom _____
Nom de naissance _____
Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|
Lieu de naissance _____
Pays _____ Département |_|_|
Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
e-mail _____
Profession _____
☐ Je change **d'adresse :**
Nouvelle adresse _____
Code Postal |_|_|_|_|_| Ville _____

☐ Je change mes **coordonnées bancaires :**
Établissement teneur de compte _____
Agence _____
Adresse _____
Code Postal |_|_|_|_|_| Ville _____

IBAN (International Bank Account Number)
|_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|

BIC (Bank Identification Code)
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Joindre les documents nécessaires à la mise en place des prélèvements automatiques dûment remplis dont le mandat de prélèvement, accompagnés d'un RIB ou d'un RICE en cas de versements libres programmés.

☐ Je change **d'état civil ou de régime matrimonial :**
Nom _____ Nom de naissance _____ Prénom _____
☐ Marié(e)
☐ Pacsé(e)
☐ Modification du régime matrimonial *(joindre une copie d'homologation)*

☐ Je change de **bénéficiaire(s)** en cas de décès :

Cochez une seule case :

☐ Le conjoint ou le partenaire de PACS de l'Assuré(e), à défaut les enfants de l'Assuré(e), nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, à défaut les héritiers de l'Assuré(e).

☐ Les personnes désignées sur l'annexe « Modifier mes bénéficiaires » jointe à ce bulletin.

Vous pouvez rédiger votre clause bénéficiaire de la façon la plus complète possible sur l'annexe jointe à votre bulletin.

Signature(s)

Fait à _____ ,
le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature du Souscripteur	**Signature du Co-Souscripteur**

Ces informations sont destinées à l'Assureur et sont nécessaires au traitement du dossier du Souscripteur. Ces informations sont susceptibles d'être transmises pour les besoins de la gestion de son contrat à des tiers, notamment à son Courtier, ou pour satisfaire à des obligations règlementaires. Par la signature de ce document, le Souscripteur accepte expressément que les données le concernant leur soient ainsi transmises.
Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, le Souscripteur dispose d'un droit d'accès de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes sur l'ensemble des données le concernant qu'il peut exercer sur simple demande auprès de Generali Vie - Conformité - TSA 70100 - 75309 Paris Cedex 09.

PA1938BMF - Janvier 2016 - Gestion des Imprimés

Modifier mes bénéficiaires

Generali Vie, Société anonyme au capital de 332 321 184 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris
Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris
Société appartenant au Groupe Generali immatriculé
sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

Numéro du contrat _____ (obligatoire) Nom du contrat _____ (obligatoire)

Souscripteur

Co-Souscripteur

Joindre la (ou les) copie(s) recto-verso d'une pièce officielle d'identité, en cours de validité avec photographie et mentions lisibles.

☐ Monsieur ☐ Madame
Nom _____
Prénom _____
Nom de naissance _____
Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|
Lieu de naissance _____
Pays _____ Département |_|_|
Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
e-mail _____
Profession _____

☐ Monsieur ☐ Madame
Nom _____
Prénom _____
Nom de naissance _____
Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|
Lieu de naissance _____
Pays _____ Département |_|_|
Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
e-mail _____
Profession _____

Désignation du ou des bénéficiaires par le présent document :
(Merci d'indiquer précisément en majuscules les nom, prénom, adresse et date de naissance du ou des bénéficiaires)

_____ à défaut les héritiers de l'Assuré.

Signature(s)

Fait à _____ ,
le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature du Souscripteur	**Signature du Co-Souscripteur**

Ces informations sont destinées à l'Assureur et sont nécessaires au traitement du dossier du Souscripteur. Ces informations sont susceptibles d'être transmises pour les besoins de la gestion de son contrat à des tiers, notamment à son Courtier, ou pour satisfaire à des obligations règlementaires. Par la signature de ce document, le Souscripteur accepte expressément que les données le concernant leur soient ainsi transmises.
Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, le Souscripteur dispose d'un droit d'accès de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes sur l'ensemble des données le concernant qu'il peut exercer sur simple demande auprès de Generali Vie - Conformité - TSA 70100 - 75309 Paris Cedex 09.

PA1938BMF - Janvier 2016 - Gestion des Imprimés