

# Demande de règlement après décès



N° de contrat

N° de dossier

**Generali Vie**, Société anonyme au capital de 336 872 976 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

## Assuré(e)

Mr  Mme Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
né(e) le  à \_\_\_\_\_

## Circonstances du décès

Date du décès  Lieu du décès \_\_\_\_\_

Cause du décès  une cause naturelle  une maladie  un accident  un suicide  un homicide

Si maladie, de quelle(s) affection(s) s'agit-il ? \_\_\_\_\_

Si autre cause, date  et lieu \_\_\_\_\_

Circonstances ? \_\_\_\_\_

## Bénéficiaire(s) du règlement

Nom	Prénom	Date de naissance	Parenté avec l'Assuré	Adresse
1 _____	_____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____	_____

Si d'autres bénéficiaires sont identifiés, merci de les détailler sur papier libre (à joindre à la présente demande).

Si vous êtes bénéficiaire, et souhaitez désigner un mandataire pour vous représenter, merci de renseigner et signer le formulaire « Pouvoir pour la perception de sommes dues sur contrat d'Assurance Vie » (un formulaire pour chaque bénéficiaire désignant un mandataire).

Si certains bénéficiaires sont mineurs, merci de renseigner et signer, pour chaque représentant légal, le formulaire « Attestation de représentation légale pour les bénéficiaires mineurs ».



## Signatures de(s) bénéficiaire(s) ou de leur(s) mandataire(s) ou leur(s) représentant(s)

### Protection des données personnelles

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette opération font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est GENERALI-VIE.

Le traitement des données a pour finalité de satisfaire votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure. À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle, de surveillance du risque et à des fins d'études statistiques et actuarielles. Ces traitements ont comme base juridique l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles.

Les informations relatives aux données de santé sont traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du contrat (finalités mentionnées ci-dessus). Ce traitement a pour base juridique le consentement.

**En remplissant ce questionnaire, vous acceptez le traitement des données de santé dans ce cadre et vous acceptez le traitement des données de santé qui pourraient vous être demandées ultérieurement pour ces mêmes finalités.**

### Dans les conditions prévues par la réglementation,

Vous disposez du droit de prendre connaissance des informations vous concernant et le cas échéant de demander à les corriger notamment en cas de changement de situation.

Vous disposez également du droit de demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires.

Enfin, vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.

Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité à l'adresse suivante [droitdaces@generali.fr](mailto:droitdaces@generali.fr) ou à l'adresse postale suivante :

Generali Conformité  
TSA 70100  
75309 Paris Cedex 09

L'exercice de ces droits est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.

Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous invitons à consulter le site [www.generali.fr/donnees-personnelles/information-clientsCollectives](http://www.generali.fr/donnees-personnelles/information-clientsCollectives)

Fait à \_\_\_\_\_, le | | | | | | | | | |

<b>1. Signature</b> précédée de la mention « lu et approuvé »	<b>2. Signature</b> précédée de la mention « lu et approuvé »	<b>3. Signature</b> précédée de la mention « lu et approuvé »	<b>4. Signature</b> précédée de la mention « lu et approuvé »
---	---	---	---

Si signature du mandataire ou du représentant, faire précéder la signature de la mention « pour le compte de ».

## Conseiller Generali

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Folio \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone | | | | | | | | | |

**La présente demande doit être envoyée à :**  
**Generali - Indemnisation - Service Prévoyance Individuelle - TSA 60006 - 75447 Paris Cedex 09**



Ce feuillet fait partie intégrante d'un ensemble de 2 pages  
dont la 2<sup>ème</sup> page comporte la (les) signature(s)  
du (des) bénéficiaire(s) ou du (des) mandataires(s) ou du (des) représentant(s)