Modifier ma situation

GENERALI
Solutions d'assurances

Generali Vie, Société Anonyme au capital de 299 197 104 euros
Entreprise régie par le Code des assurances 602 062 481 RCS Paris
Siège Social : 11 boulevard Haussmann - 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 : _____

Souscripteur

(Joindre la copie d'une pièce officielle d'identité en cours de validité avec photographie et mentions lisibles)

☐ M. ☐ Mme

Nom _____

Prénom _____

Nom de jeune fille _____

Né(e) le |__|__|__|__|__|__|__|__|

Téléphone |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Courriel _____

Profession _____

Co-Souscripteur

(Joindre la copie d'une pièce officielle d'identité en cours de validité avec photographie et mentions lisibles)

☐ M. ☐ Mme

Nom _____

Prénom _____

Nom de jeune fille _____

Né(e) le |__|__|__|__|__|__|__|__|

Téléphone |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Courriel _____

Profession _____

☐ Je change **d'adresse :**

Nouvelle adresse _____

Code Postal |__|__|__|__|__| Ville _____

☐ Je change mes **coordonnées bancaires :**

Établissement teneur de compte : _____

Agence : _____

Adresse : _____

Code Postal |__|__|__|__|__| Ville _____

Références bancaires : |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Code Banque Code Guichet N° de Compte Clé RIB

Joindre obligatoirement un RIB et une autorisation de prélèvement en cas de Versements Libres Programmés.

☐ Je change **d'état civil ou de régime matrimonial :**

Nom _____ Nom de jeune fille _____ Prénom _____

☐ Marié(e)

☐ Pacsé(e)

☐ Modification du régime matrimonial (joindre une copie d'homologation)

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

Cocher 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.

Signatures

Fait à _____ ,

le |__|__|__|__|__|__|__|__|

Le Souscripteur	**Le 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 à des tiers pour les besoins de la gestion de son contrat, notamment à son Courtier/Conseiller. 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, Direction de la Conformité - 7 boulevard Haussmann 75440 Paris Cedex 09.

PA1938BMD - Août 2014 - Gestion des Imprimés

Modifier mes bénéficiaires

GENERALI
Solutions d'assurances

Generali Vie, Société Anonyme au capital de 299 197 104 euros
Entreprise régie par le Code des assurances 602 062 481 RCS Paris
Siège Social : 11 boulevard Haussmann - 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 : _____

Souscripteur

(Joindre la copie d'une pièce officielle d'identité en cours de validité avec photographie et mentions lisibles)

☐ M. ☐ Mme

Nom _____

Prénom _____

Nom de jeune fille _____

Né(e) le |__|__|__|__|__|__|__|__|

Téléphone |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Courriel _____

Profession _____

Co-Souscripteur

(Joindre la copie d'une pièce officielle d'identité en cours de validité avec photographie et mentions lisibles)

☐ M. ☐ Mme

Nom _____

Prénom _____

Nom de jeune fille _____

Né(e) le |__|__|__|__|__|__|__|__|

Téléphone |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Courriel _____

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.

Signatures

Fait à _____ ,

le |__|__|__|__|__|__|__|__|

Le Souscripteur/Assuré	**Le Co-Souscripteur/Co-Assuré**

Ces informations sont destinées à l'Assureur et sont nécessaires au traitement du dossier du Souscripteur. Ces informations sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion de son contrat, notamment à son Courtier/Conseiller. 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, Direction de la Conformité - 7 boulevard Haussmann 75440 Paris Cedex 09.

PA1938BMD - Août 2014 - Gestion des Imprimés