

Modifier ma situation

e-cie vie est une marque de Generali Vie
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)

Souscripteur

Co-Souscripteur

Tous les champs sont obligatoires. À défaut, votre Bulletin ne pourra être accepté et vous sera retourné.

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

Monsieur Madame

Monsieur Madame

Nom _____

Nom _____

Prénom _____

Prénom _____

Nom de naissance _____

Nom de naissance _____

Date de naissance

Date de naissance

Lieu de naissance _____ Département

Lieu de naissance _____ Département

Pays _____

Pays _____

Profession _____

Profession _____

Téléphone

Téléphone

e-mail _____

e-mail _____

Adresse - Coordonnées bancaires - État civil ou régime matrimonial

Je change d'adresse

Nouvelle adresse _____

Code postal Ville _____

Je change mes coordonnées bancaires

Établissement teneur de compte _____ Agence _____

Adresse _____

Code postal Ville _____

Désignation du compte : IBAN : BIC :

Joindre un RIB ou un RICE et les documents nécessaires à la mise en place des prélèvements automatiques dûment remplis dont le mandat de prélèvement.

Je change d'état civil ou de régime matrimonial

Nom _____ Nom de naissance _____ Prénom(s) _____

Marié(e)

Pacsé(e)

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

Paraphe(s)

**Ce feuillet fait partie intégrante d'un ensemble de 2 pages
dont la 2^{ème} comporte la (les) signature(s) du (des) Souscripteur(s).
L'ensemble du document a été réalisé et complété en une version,
imprimée et remise en trois exemplaires identiques.**



* 0 0 6 4 5 *

Clause bénéficiaire

Je change de **Bénéficiaire(s)** en cas de décès (cocher une seule case)

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

Ou autre(s) Bénéficiaire(s) _____

à défaut les héritiers de l'Assuré.

Les nom, prénom, nom de naissance, date et lieu de naissance des bénéficiaires ainsi que leur adresse doivent être indiqués clairement.

Signature(s)

Fait à _____ ,
le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Signature Souscripteur

Signature Co-Souscripteur

Ces informations sont destinées à l'Assureur et sont nécessaires au traitement du dossier du Souscripteur et pourront également être utilisées dans le cadre de la gestion de la relation client. Ces informations sont susceptibles d'être transmises pour les besoins de la gestion de son contrat ou de la relation client à des tiers, notamment à son Courtier, ou pour satisfaire à des obligations réglementaires. 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.

Si le Souscripteur ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr ou par courrier auprès de l'organisme OPPOSETEL, à l'adresse suivante : Société Opposetel - Service Bloctel - 6 rue Nicolas Siret - 10000 Troyes.

Numéro du contrat _____	Nom du Co-Souscripteur _____
Nom du Souscripteur _____	Prénom du Co-Souscripteur _____
Prénom du Souscripteur _____	Date de naissance [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Date de naissance [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Date de naissance [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

**Ce feuillet fait partie intégrante d'un ensemble de 2 pages
dont la 2^{ème} comporte la (les) signature(s) du (des) Souscripteur(s).
L'ensemble du document a été réalisé et complété en une version,
imprimée et remise en trois exemplaires identiques.**



WBP5050BM2L (P5050/P5051/P5055/N5050/N5051/N5055) - Juin 2017 - Modifier ma situation e-novline - Gestion des Imprimés