

ANNONCE D'UN CAS DE DÉCÈS

Vous pouvez imprimer et remplir le formulaire ci-dessous. Dès que nous serons en possession de l'annonce du décès, nous prendrons directement contact avec la personne de référence.

DOCUMENTS

Afin de nous permettre d'étudier le droit aux prestations, nous vous prions de bien vouloir nous adresser les pièces suivantes :

Conjoint/e survivant/e

- Copie de l'acte de décès officiel
- Formulaire de paiement dûment rempli et signé
- Copie d'une pièce d'identité officielle (avec signature visible)

Héritiers

- Copie de l'acte de décès officiel
- Copie du passeport ou de la carte d'identité (avec signature visible)

REMARQUES

Suivant les circonstances ou la cause du décès, nous nécessitons peut-être encore d'autres documents pour nous permettre d'étudier le droit aux prestations. Dans ce cas là, nous prendrons directement contact avec vous.

Nous vous prions de bien vouloir nous l'adresser avec les pièces requises par poste ou par e-mail au siège principal de la Generali à Adliswil.

ADRESSE :

Generali Assurances de personnes SA
Département LP-NBC-C
Soodmattenstrasse 2
8134 Adliswil 1

Téléphone: +41 58 472 39 60
life_claims.ch@generali.com

ANNONCE D'UN CAS DE DÉCÈS

Vous pouvez imprimer ce formulaire, le remplir et nous l'adresser avec les pièces requises par poste ou par e-mail.

DONNÉES SUR LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Numéro de police:

Prénom:

Nom:

Date de naissance:

Date du décès:

Etat civil: célibataire marié/e veuf/veuve divorcé/e

Cause du décès: Maladie inconnue Suicide
 Accident/Lieu de l'accident: Date:

Cause exacte du décès si connue:

Nom et adresse du :

Médecin qui a constaté le décès

Médecin de famille

Médecin traitant

ADRESSE DE LA PERSONNE DE CONTACT POUR LE TRAITEMENT DU PRÉSENT CAS D'ASSURANCE

Prénom

Nom

Adresse complète

No de téléphone (durant la journée)

E-Mail

Veillez nous indiquer votre lien de parenté :

Conjoint/e Concubin/e Fils/Fille Père/Mère Frère/Sœur

Autre:

Langue souhaitée pour la correspondance :

Allemand Français Italien Anglais

Annexes:

ORDRE DE PAIEMENT

Numéro de police

Personne assurée

Date

**LE PAIEMENT DE LA TOTALITÉ DES PRESTATIONS D'ASSURANCE EST
À VERSER SUR LE COMPTE SUIVANT :**

Banque Poste

Adresse/Filiale

IBAN

Compte au nom de

Adresse exacte

N° AVS

Pour des paiements à l'étranger en outre :

BIC/SWIFT Code :

**Veillez noter que les paiements à une personne autre que le(s) bénéficiaire(s) ne sont pas possibles.
Exception: les comptes où le(la) bénéficiaire est l'un(l'une) des 2 titulaires du compte).**

Nous vous prions de bien vouloir remplir dans **tous les cas** les champs suivants pour le/s titulaire/s du compte :

Prénom, nom, date de naissance, pays de naissance et toutes les nationalités du titulaire du compte

Prénom, nom, date de naissance, pays de naissance et toutes les nationalités du titulaire du compte

Si le versement n'est pas effectué sur un compte **exclusivement** à votre nom en tant que bénéficiaire, nous vous demandons de nous communiquer les données suivantes

Quel est votre relation avec le/s titulaire/s du compte (p. ex. conjoint, parents, etc.)

Veillez joindre une copie d'une pièce d'identité de cette personne (y compris sa signature)

Lieu et date

Signature(s)

Au cas où plusieurs héritiers/bénéficiaires ont un droit aux prestations d'assurance, il y a lieu soit de nous envoyer des procurations, soit de faire signer ce formulaire par toutes les personnes bénéficiaires/héritières, afin que le règlement puisse être effectué conformément aux directives. En outre nous avons besoin des informations suivantes de tous les héritiers/bénéficiaires : prénom, nom, date de naissance, pays de naissance et toutes les nationalités.