

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 10
8134 Adliswil 1

Téléphone: +41 (0)58 472 39 60

life_claims.ch@generali.com

Annnonce 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

Nom/Prénom _____ Numéro de police _____

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

Nom/Prénom _____

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 (CH) :

Banque / Poste : _____
Adresse / Filiale : _____
No de compte exact : _____
IBAN : _____
Compte au nom de : _____
Adresse exacte : _____
(Etranger) :
Banque : _____
Adresse / Filiale : _____
No de compte exact : _____
IBAN : _____
BIC / SWIFT Code : _____
Compte au nom de : _____
Adresse exacte : _____

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. Par le paiement des prestations d'assurance, les parties déclarent renoncer à tout droit et toute autre prétention découlant de ce contrat d'assurance.

Les prestations que nous vous avons versées sont soumises à la déclaration d'impôt à votre domicile.