



ASSURANCE DE GROUPE

RENSEIGNEMENTS NECESSAIRES A LA GESTION ET LA LIQUIDATION

EMPLOYEUR

Numéro de groupe : E

NOM..... :

Adresse :

Correspondant :

Téléphone : / - Fax : /

ASSURE

Nom, Prénom..... :

Adresse :

Référence :

Date de naissance :

Téléphone :

N° de registre national :

Ce numéro est repris sur la carte d'identité ou les extraits de compte de pension légale.

N° de la carte d'identité/passeport :

NATURE DU DOSSIER

DATE DE DEBUT

REPRISE PROBABLE DU TRAVAIL

Congé sans solde	: / / / /
Pause carrière	: / / / /
Echéance	* : / /	
Echéance anticipée	* : / /	
Prépension	* : / /	
☞ conventionnelle	:	# OUI / NON	Si OUI : joindre copie de la convention
Décès	* : / /	
Licenciement	* : / /	
Démission	* : / /	
Révocation pour faute grave	: / /	
Divers (préciser)	: / / / /

Biffer la mention inutile

*** DOCUMENTS ET RENSEIGNEMENTS A TRANSMETTRE**

a. échéance, échéance anticipée, prépension

- nom du conjoint :
- date de naissance : /..... /.....

b. décès

- date du décès :
- lieu du décès :
- nom du bénéficiaire :
- date de naissance du bénéficiaire :
- adresse du bénéficiaire: :
- n° registre national du bénéficiaire :
- n° de la carte d'identité/passeport du bénéficiaire :
- un extrait de l'acte de décès;
- un certificat médical précisant la cause du décès;
- acte de notoriété (si les bénéficiaires ne sont pas désignés nominativement)
- si le bénéficiaire est un enfant mineur : identité et adresse du tuteur et du subrogé-tuteur.

c. rupture du contrat (démission - licenciement - révocation).

- mois de la dernière prime à prendre en considération :/
- état civil de l'assuré :

REMARQUES :

Fait à, le

*Les dispositions générales d'assurance sont celles remises par P&V ASSURANCES.
Vos données à caractère personnel seront enregistrées dans les fichiers de P&V. Elles pourront être utilisées à des fins commerciales et à toute gestion relative aux contrats d'assurances. En vertu de la loi du 8/12/1992 pour la protection de la vie privée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des données ainsi que de la possibilité de consulter le registre public tenu auprès de la Commission de la Protection de la Vie Privée, sous les numéros d'identification 000115311, 000115707 et 000115509. Dans un but de gestion rapide du contrat et/ou du dossier sinistre, je donne par la présente mon consentement spécial quant au traitement des données à caractère personnel, y compris celles relatives à la santé, me concernant. Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la Compagnie d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal.*

L'Employeur, L'Assuré(e), et/ou Le Bénéficiaire,