

CNIL

Les informations à caractère personnel recueillies par Generali sont nécessaires et ont pour but de satisfaire à votre demande ou pour effectuer des actes de souscription ou de gestion de vos contrats. Elles pourront faire l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

Ces informations de même que celles recueillies ultérieurement pourront être utilisées par Generali Vie pour des besoins de connaissance du client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, de gestion de la preuve, de recouvrement, d'études statistiques, d'évaluation et gestion de risque, de prévention des impayés et de la fraude et de respect des obligations légales et réglementaires.

Vos opérations et données personnelles sont couvertes par le secret professionnel. Toutefois ces données pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe Generali en France, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées.

Vous pouvez également, à tout moment, conformément à la loi informatique et libertés, en justifiant de votre identité, accéder aux informations vous concernant, les faire rectifier, vous opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales. Ces droits peuvent être exercés auprès de Generali Vie par voie postale à l'adresse suivante : Direction de la Conformité - 7 boulevard Haussmann - 75440 Paris Cedex 09 ou par mail à l'adresse droitdaces@generali.fr.

Ces informations sont destinées à la Direction des Entreprises - Assurance Collectives.

Signature de l'Entreprise

Fait à _____, le _____

Cachet et Signature de l'Entreprise

Signature de l'Assuré

Je soussigné(e) M. Mme Nom _____ Prénom _____
ancien(ne) salarié(e) de l'entreprise ci-dessus mentionnée, demande à bénéficier du maintien des garanties santé du contrat collectif dont le numéro est indiqué ci-dessus, dans le cadre d'une rupture du contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage conformément à l'article L911-8 du Code de la Sécurité Sociale pendant une durée égale à la durée de mes derniers contrats de travail consécutifs dans cette même entreprise et ce pour un maximum de 12 mois.

Je m'engage à informer l'Assureur de toute modification de situation personnelle qui interviendrait durant la période totale de portabilité de mes garanties santé.

De plus, je m'engage expressément à informer l'Assureur de mon éventuelle reprise d'activité professionnelle ou de la cessation de mes droits aux allocations chômage durant cette période, ce qui, dans l'affirmative, mettrait fin au bénéfice de l'ensemble de mes garanties santé.

À tout moment, l'Assureur pourra demander une attestation de mes droits aux allocations chômage de Pôle Emploi.

Pour toute demande de remboursement, les documents continueront à être transmis à mon gestionnaire habituel.

Ces informations sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat.

Fait à _____, le _____

Signature de l'Assuré



STAM-EC

Membre du Groupe AG2R LA MONDIALE
TWIN'S 23 rue de La Haye
67300 SCHILTIGHEIM
Adresse Postale
67921 STRASBOURG CEDEX 9

Exemplaire à retourner à Generali Gestion Santé (GGS)
BP - 75442 Paris Cedex 09
ou à l'adresse suivante : SanteCollective@generali.fr

Ce document fait partie intégrante d'un ensemble de 2 pages
dont la 2^{ème} page comporte la signature de l'Entreprise

