

Questionnaire

Mémorisation des données Obsèques

Conditions générales d'assistance SwissLife n° 1815

Avertissement : eu égard au caractère intime de certaines informations, le bénéficiaire a le libre choix de ses réponses. Toutefois, dès lors que le bénéficiaire renseigne la(les) rubrique(s) 2, 3, 4, 5 et ou 6, les rubriques 1 et 7 doivent être intégralement complétées par le bénéficiaire afin de permettre le traitement efficace du présent questionnaire puis, le moment venu, la mise en œuvre de la prestation d'assistance.

1. Désignation de l'assuré

Je soussigné(e),

Nom :

Prénoms :

Adresse :

Code Postal Ville

Téléphone e-mail

Mot de Passe :

souscripteur(trice) d'un contrat d'assurance "**Capital Obsèques**", n° (merci de reporter le numéro indiqué du Certificat Personnel d'assurance) souscrit auprès de Scissile Assurance et Patrimoine souhaite profiter de la prestation d'assistance "MÉMORISATION DES DONNÉES" et, à cette fin, je communique les informations suivantes à Garantie Assistance :

2. Don d'organes post-mortem

À mon décès et si cela est médicalement possible, je souhaite faire don de mes organes : oui non

Ayant répondu **OUI** à la première question de cette rubrique, je précise que :

je possède une carte de donneur d'organes ;

je ne possède pas de carte de donneur, mais je souhaite faire don de mes organes.

Toutefois, je ne souhaite pas faire don des organes suivants :

Cœur Foie Rein Cœur-poumon Poumon Pancréas

Os, cartilage Cornée Peau Intestin

Ayant répondu **NON** à la première question de cette rubrique, je précise que :

je suis inscrit(e) sur le Registre National des Refus ;

n'étant pas inscrit(e) sur le Registre National des Refus, je demande à mon chargé de mémoire de faire part de mon refus à l'équipe médicale qui demanderait l'autorisation de prélever un organe.

3. Mes obsèques

▶ Avant la mise en bière, je souhaite que mon corps reçoive les soins suivants :

Soins de Conservation ou Soins Somatiques

Soins de Thanatopraxie

▶ Je souhaite que soit organisée une cérémonie : civile religieuse

▶ Le cas échéant, je souhaite que la cérémonie religieuse soit organisée selon les rites funéraires en usage :

Type de culte :

Lieu de culte :

Je souhaite être inhumé(e) (Indiquez les coordonnées du cimetière dans lequel vous souhaitez que l'inhumation soit réalisée)

Commune Code Postal

Nom du cimetière dans lequel vous souhaitez être inhumé(e) :

N° de concession N° de caveau

ou

Je souhaite être incinéré(e)

Je souhaite que l'urne soit remise à la personne suivante :

Nom :

Prénoms :

Adresse :

Code postal Ville

et que la personne désignée ci-dessus dépose l'urne cinéraire ou funéraire au sein du columbarium ou du caveau dont les coordonnées sont détaillées ci-dessous :

Commune Code Postal

Nom du columbarium dans lequel vous souhaitez que l'urne cinéraire ou funéraire soit déposée :

.....

N° de concession N° de caveau

ou

Je souhaite que les cendres soient dispersées : à cette fin je précise le lieu de dispersion (sous réserve d'éventuelles restrictions légales ou réglementaires) :

4. Autres souhaits

► Je souhaite qu'un **avis de décès** soit publié dans la presse oui non

Nom du journal :

Texte à insérer :

.....

.....

► Je souhaite qu'un **faire-part de décès** soit adressé aux personnes suivantes :

Nom	Prénom	Adresse
.....
.....
.....
.....

.....

.....

.....

► Je souhaite que l'**entretien de la sépulture** soit confié à la personne suivante :

Nom :

Prénoms :

Adresse :

Code postal Ville

Téléphone e-mail

► Si à mon décès, **mes animaux de compagnie** se retrouvent sans maître, je souhaite que leur garde soit confiée à :

Nom :

Prénoms :

Adresse :

Code postal Ville

Téléphone e-mail

5. La succession

- Je souhaite que ma succession soit réglée par le notaire suivant :

Nom :
 Prénoms :
 Adresse de l'étude :
 Code postal Ville
 Téléphone : — — — — —

- J'ai rédigé un testament : oui non

Si **oui**, je précise que j'ai désigné l'**exécuteur testamentaire** suivant :

Nom :
 Prénoms :
 Adresse :
 Code postal Ville
 Téléphone e-mail

- J'ai adopté un « mandat à effet posthume » (article 812 du code civil) : oui non

Si **oui**, je précise que j'ai désigné le **mandataire** suivant :

Nom :
 Prénoms :
 Adresse :
 Code postal Ville
 Téléphone e-mail

- J'ai adopté un « mandat de protection future » (article 477 du code civil) : oui non

Si **oui**, je précise que j'ai désigné le **mandataire de protection future** suivant :

Nom :
 Prénoms :
 Adresse :
 Code postal Ville
 Téléphone e-mail

6. Les démarches administratives

- J'ai souscrit un (ou plusieurs) contrat(s) **d'assurance vie auprès de la (des) compagnie(s)** suivante(s) :

oui non

Nom de la compagnie :
 Adresse :
 Nom de la compagnie :
 Adresse :

- **Organismes à informer** de la survenance de mon décès :

Établissement bancaire ou postal :
 Bailleur :
 Employeur :
 Administration fiscale :
 Caisse d'assurance maladie :
 Organisme complémentaire santé :
 Organismes de Retraite de base et complémentaire :
 Compagnie de fourniture d'eau :
 Compagnie de fourniture d'électricité, gaz, fuel :
 Autres :

L'ensemble des données mentionnées avant peuvent être modifiées ou complétées à tout moment et **à ma demande uniquement** dans les conditions et selon les modalités suivantes :

- ▶ j'adresse un courrier à Garantie Assistance - SERVICE MÉMORISATION DES DONNÉES, 108, Les bureaux de la Colline 92210 Saint-Cloud, dans lequel je mentionne les modifications que je sollicite.
- ▶ Après mémorisation des données modifiées, Garantie Assistance m'adresse une copie de mon courrier avec la mention "MÉMORISATION LE JJ/MM/AAAA". La modification ne sera effective qu'à compter de la date de mémorisation ainsi mentionnée.
- ▶ En cas de changement de chargé de mémoire, un nouveau code d'accès au service me sera communiqué.

La désignation du chargé de mémoire et la décision de communiquer le code d'accès au chargé de mémoire (afin qu'il puisse accéder aux données mémorisées) relèvent de ma seule et entière responsabilité.

Garantie Assistance ne répond pas des faits du chargé de mémoire (notamment négligence et abus) accomplis en cette qualité, ni des conséquences de ses faits.

Le chargé de mémoire ne pourra obtenir communication des informations mémorisées dans le cadre de ce service que postérieurement à mon décès.

7. Désignation du chargé de mémoire

À mon décès **seulement**, j'autorise Garantie Assistance à communiquer l'ensemble des informations mentionnées ci-dessus à la personne suivante :

Nom :

Prénoms :

Adresse :

Code postal Ville

Téléphone e-mail

Il m'incombe de porter à la connaissance de cette personne l'existence de ce service et le rôle qu'elle devra tenir dès qu'elle aura connaissance de mon décès :

- ▶ joindre Garantie Assistance dans les plus brefs délais ;
- ▶ communiquer le code d'accès que je lui aurai préalablement fourni ;
- ▶ adresser tout élément de nature à établir son identité afin de permettre à Garantie Assistance de procéder aux vérifications nécessaires ;
- ▶ fournir un extrait d'acte de décès.

Garantie Assistance s'engage :

- ▶ à conserver les données jusqu'à mon décès ;
- ▶ à les restituer après mon décès, dans leur dernière version mémorisée, à la seule personne désignée ci-dessus si elle en sollicite la délivrance.

<p>Fait à _____ le _____ Signature du bénéficiaire</p>	<p>Conformément à l'Article 32 de la loi du 06/01/1978, dite « informatique et libertés », modifiée par la loi 2004-801 du 6 août 2004, vous êtes informé que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ le responsable du traitement de vos données personnelles est la Direction des Systèmes d'Information de Garantie Assistance, 108 Les bureaux de la Colline 92210 Saint-Cloud. ▶ vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification ou suppression prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée en vous adressant au Service MEMORISATION DES DONNEES de Garantie Assistance, 108 Les bureaux de la Colline 92210 Saint-Cloud. ▶ les données personnelles recueillies sont indispensables et seront exclusivement utilisées, dans le strict respect de la protection des données à caractère personnel, pour la fourniture de la prestation MEMORISATION DES DONNEES par Garantie Assistance ▶ vous pouvez toutefois, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant mais un tel refus pourra empêcher la fourniture de la prestation MEMORISATION DES DONNEES.
--	---

SwissLife Assurance et Patrimoine

Siège social :
7 rue Belgrand
92300 Levallois Perret
SA au capital de 169 036 086,38 €
Entreprise régie par le Code des assurances
341 785 632 RCS Nanterre

Garantie Assistance

Siège Social :
108 Les bureaux de la Colline
92210 Saint Cloud
SA au capital de 1 850 000 €
Entreprise régie par le Code des assurances
312 517 493 RCS Nanterre