

Cochez les cases utiles et remplissez en majuscule

Recueil de volontés

Les garanties d'assurance décès de ce recueil de volontés résultent de contrats groupe souscrits par HENNER auprès de ALLIANZ Vie pour la couverture des garanties frais d'obsèques.

NOM _____ PRENOM _____
NOM DE NAISSANCE _____
ADRESSE _____
CODE POSTAL _____ VILLE _____

MES VOLONTES ESSENTIELLES

J'autorise expressément par la présente, que les données suivantes soient collectées pour la gestion de mon contrat obsèques (y compris rapatriement de corps et protection juridique obsèques) souscrit par l'intermédiaire du courtier d'assurance Prévention Protection Assurances - PPA, 5 Avenue Niel - 75017 Paris, Orias n°12068078

Cérémonie : Civile Religieuse

Lieu de la cérémonie : _____

Les données à caractère personnel ci-dessous sont exclusivement destinées à PPA et à ses partenaires Pompes Funèbres, bénéficiaires désignés dans le présent recueil de volontés. Elles ne sont en aucun cas communiquées à d'autres entités. Ces données sont indispensables à l'exécution de la prestation de la notice d'information PPA 20181123. En application de la Loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de modification et d'opposition au traitement de ces données, dans les conditions prévues par la Loi du 6 août 2004, modifiant la Loi n°78 - 17 du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés. Ces droits s'exercent auprès de PPA, 5 Avenue Niel - 75017 Paris

Mode de sépulture :

Inhumation au cimetière (Nom et adresse)

Commune : _____

Code Postal : _____

Disposez-vous d'une sépulture familiale dans ce cimetière ?

Oui Non

Nom de la concession : _____

Caveau existant : Oui Non

IMPORTANT vérifiez auprès de la Mairie votre droit à être inhumé dans cette concession.

Crémation au crématorium de (Nom et adresse)

Commune : _____

Code Postal : _____

Ou le plus proche du lieu de décès

Dépôt sur/dans une sépulture familiale

Lieu : _____

Dispersion

Lieu : _____

Je laisse le soin à mes proches de décider de la destination des cendres.

MES VOLONTES INDICATIVES ET FACULTATIVES (à remplir si vous le souhaitez)

Entreprise de pompes funèbres :

Nom :

Commune : _____

Code Postal : _____

Vos référents obsèques :

Vous pouvez citer ici des proches qui se chargeront de l'organisation de vos obsèques.

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Indications complémentaires :

Vous pouvez exprimer ici un souhait éventuel concernant une fourniture (fleurs, plaques, lecture, autres, etc.)

Fait à : _____ Le _____ / _____ / _____

Signature :
