

DEMANDE DE PRESTATIONS

Le certificat médical concernant l'incapacité de travail est à remettre à votre médecin traitant en le priant de bien vouloir nous l'adresser à l'attention du médecin mandaté.

ADRESSE

Generali Assurances de personnes SA
A l'attention du
Dr. med. D. Lohner/LP-NBC-C
Case postale 1040
8134 Adliswil 1

Nous vous remercions de nous retourner **la demande de prestations et la procuration** dûment complétées et signées. Nous vous prions de ne pas omettre de joindre les pièces mentionnées dans le formulaire de demande de prestations. En particulier, nous vous prions également de nous envoyer une copie d'une pièce d'identité à votre nom (y compris votre signature).

ADRESSE

Generali Assurances de personnes SA
Département LP-NBC-C
Soodmattenstrasse 2
8134 Adliswil 1

Certificat médical d'incapacité de travail à l'intention du médecin conseil de l'assureur-vie

N° de police :

Début de l'incapacité de travail :

Maladie Accident

1. PATIENT

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Sexe :

Adresse :

2. PROFESSION

Profession(s) exercée(s) :

Taux d'occupation :

h/jour

jour(s)/semaine

Salarié Indépendant Sans activité lucrative

3. TRAITEMENT

Depuis quand assurez-vous le traitement ambulatoire ?

Jusqu'au ?

Traitement assuré avant vous par (nom, adresse, spécialité et durée) :

Traitement assuré après vous par (nom, adresse, spécialité et durée) :

Traitement stationnaire/cure :

Où ?

De quand à quand ?

Des opérations ont-elles été nécessaires ? Si oui, lesquelles ?

Quand et où ?

4. ANAMNÈSE

a) Quelle a été la première manifestation de la pathologie ? A quelle date est-elle survenue ?

b) Informations subjectives du patient :

c) Le patient a-t-il été traité pour cette pathologie par le passé ?

Oui

No

Si oui, où ?

Quand ?

d) Thérapies suivies jusqu'ici :

e) Le patient souffre-t-il de maladies préexistantes et/ou de séquelles d'accident(s) ?

Oui

No

Si oui, lesquelles ?

Depuis quand ?

Qui était le médecin traitant / l'hôpital ?

Ces maladies/séquelles influencent-elles le processus de guérison ?

Oui

No

Si oui, dans quelle mesure ?

5. CONSTATS OBJECTIFS

Examens, résultats d'imagerie médicale, clarifications et rapports de sortie (joindre les copies) :

Lesquels ?

Date ?

6. DIAGNOSTIC(S) : CODE CIM ET DIAGNOSTIC(S) DIFFÉRENTIEL(S) ÉVENTUEL(S) :

Avec incidence sur la capacité de travail

Sans incidence sur la capacité de travail

Restrictions objectives au regard des activités exercées actuellement :

7. AUTRE FACTEURS

Gibt es Certaines circonstances pourraient-elles influencer défavorablement sur le proces-sus de guérison (par ex. environnement professionnel, contexte social, chemin pour se rendre au travail, addiction) ? **Oui** **No**

Si oui, lesquelles ?

8. THÉRAPIE

a) Traitement et médicaments actuels (y compris dosage):

b) Procédure/propositions (diagnostic par imagerie, examen médical, traitements, etc.)

c) Pronostic:

9. INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Capacité de travail raisonnablement exigible (en % de la charge habituelle)	Présence raisonnablement exigible au sein de l'entreprise (h/jour):	IT en %:	Incapacité de travail du:	Incapacité de travail au:

Reprise du travail: Prévue à partir du: à raison de h/jour

Présumée dans: semaine(s) à raison de h/jour

10. RÉINTÉGRATION

a) Un autre travail/emploi raisonnablement exigible est-il envisageable? Oui No

Si oui, lequel et à quel taux d'occupation?

b) Le patient exerce-t-il déjà un nouveau travail/une nouvelle activité? Oui No

Si oui, lequel/laquelle?

c) Y-a-t-il des restrictions dans l'exercice de ce nouveau travail / de cette nouvelle activité? **Oui** **No**

Si oui, lesquelles?

d) Y-a-t-il une restriction médicale à la conduite d'un véhicule automobile? **Oui** **No**

Si oui, laquelle?

11. CONSULTATIONS

Date de la dernière consultation

Date de la prochaine consultation

12. AUTRES ASSUREURS

D'autres assureurs sont-ils tenus de verser des prestations (assureur-accidents, assureur d'une indemnité journalière en cas de maladie, AI, AM, etc.)?

Oui **No**

Si oui, le(s)quel(s)?

13. REMARQUES

Lieu et date:

Adresse du médecin:

Signature du médecin:

Nous vous remercions de nous retourner à l'adresse suivante:

Generali Assurances de personnes SA
A l'attention du Dr. med. Didier Lohner
LP-NBC-C
Case postale 1040
8134 Adliswil 1

DEMANDE DE PRESTATIONS EN CAS D'INCAPACITÉ DE GAIN

Generali Assurances de personnes SA
New Business & Claims
Soodmattenstrasse 2
Postfach 1040, 8134 Adliswil 1

PERSONNE ASSURÉE

Numéro de/des polices

Prénom

Nom

Date de naissance

Pays de naissance

Toutes les nationalités

Rue, n°/NPA, localité

E-Mail

Tél. privé

Tél. professionnel

Tél. mobile

N° AVS

MODALITÉS DE PAIEMENT

N° de compte postal/bancaire

Nom, adresse de la poste/banque

IBAN

Compte au nom de
(Nom et adresse)

Veillez noter que les paiements à une personne autre que le preneur d'assurance ne sont pas possibles. Exception: les comptes où le preneur d'assurance est l'un des deux titulaires du compte*.

* S'il s'agit d'un tel compte, nous avons également besoin d'une copie d'une pièce d'identité (y compris la signature) du deuxième titulaire du compte et des données sur le pays de naissance et sur toutes ses nationalités.

1. A) ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

Taux d'activité avant l'incapacité de travail (en %)

Employé/e depuis Indépendant/e depuis
Employeur Entreprise
 Nbre de collabotateurs

Profession apprise

Profession exercée avant l'incapacité de travail

1. B) DESCRIPTION DES ACTIVITÉS EXERCÉES AVANT LA SURVENUE DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Physiques/manuelles en %
 en %
Administratives/intellectuelles en %
 en %
Autres en %

2. MOTIF DE LA DEMANDE DE PRESTATIONS (VEUILLEZ UTILISER UNE FEUILLE SÉPARÉE POUR TOUTE INFORMATION COMPLÉMENTAIRE / DÉTAILLÉE)

Accident

a) Type de lésion
b) Date de la 1ère consultation ?
c) Lieu et date de l'accident ?
d) Comment l'accident s'est-il produit ?

Maladie

a) Diagnostic
b) Date de la 1ère consultation ?
c) Evolution de la maladie
d) Début de la maladie
e) Avez-vous déjà subi un traitement auparavant pour la même maladie / à cause du même accident ? Oui No
Si oui, du au

Veillez indiquer le nom et l'adresse des médecins qui vous ont traité/e

3. ETES-VOUS LIMITÉ/E DANS LA CAPACITÉ À CONDUIRE UN VÉHICULE AUTOMOBILE ? Oui No

4. ETENDUE ET DURÉE DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

% du au
 % du au
 % du au

5. TRAITEMENT MÉDICAL

Début du traitement	Fin du traitement	Médecins traitants (pour les hôpitaux, indiquez également le service concerné)	
		Noms	Adresses

6. AUTRES DEMANDES DE PRESTATIONS

Bénéficiez-vous d'autres couvertures d'assurance et/ou quelles autres assurances traitent ce das d'assurance ?

- | | | | | |
|--|---------------|--|--------|--|
| <input type="checkbox"/> Assurances d'indemnités journalières maladie | nom : | | depuis | |
| <input type="checkbox"/> SUVA (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents) | | | depuis | |
| <input type="checkbox"/> Assurance militaire fédérale (AMF) | | | depuis | |
| <input type="checkbox"/> Assurance invalidité fédérale (AI) | | | depuis | |
| <input type="checkbox"/> Assurances accidents privées | nom : | | depuis | |
| <input type="checkbox"/> Assurances sociales étrangères | nom : | | depuis | |
| <input type="checkbox"/> Assurance responsabilité civile | nom : | | depuis | |
| <input type="checkbox"/> Assurances vie en Suisse et à l'étranger | nom : | | depuis | |
| <input type="checkbox"/> Caisse de pension de l'employeur | nom : | | depuis | |
| <input type="checkbox"/> Autre | Type et nom : | | depuis | |
| <input type="checkbox"/> Autre | Type et nom : | | depuis | |

(Indication précise des adresses des assurances concernées)

Veillez joindre les attestations des revenus soumis aux cotisations AVS (par ex. certificats de salaires) des trois dernières années précédant l'incapacité de travail jusqu'à aujourd'hui.

7. REMARQUES

Veillez joindre une copie d'une pièce d'identité à votre nom (y compris votre signature).

Lieu, date

Signature

PROCURATION

Numéro de/des polices :

Département :

LP-NBC-C

Personne assuré(e) :

La loi sur la protection des données prévoit une obligation d'information à l'acquisition de données personnelles particulièrement dignes de protection. Il convient notamment de faire remarquer également le but du traitement. Pour le traitement de ces données personnelles, l'accord explicite de la personne concernée est indispensable.

Afin de nous permettre d'obtenir les documents/renseignements nécessaires à l'étude de ce présent cas d'assurance, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous retourner cette procuration dûment datée et signée par vos soins.

Generali Assurances de personnes SA s'engage à traiter confidentiellement les informations ainsi reçues. Dans le cadre de l'instruction du dossier, et notamment pour l'évaluation du droit aux prestations, la Compagnie est autorisée à traiter des données personnelles concernant le/la soussigné(e).

La personne soussignée délègue par la présente les hôpitaux, les médecins, les psychologues, les thérapeutes ; les personnes ayant reçu une formation médicale et se chargeant des soins/consultations de la personne assurée, et le personnel auxiliaire ; les caisses-maladie, les assureurs-accident et maladie, la SUVA, l'AVS- et l'assurance-invalidité, les assurances-vie et les caisses de pension, ré-assureurs et autres tiers (p. ex. employeur), **en rapport avec les informations relatives à l'événement survenu**, du secret de fonction ainsi que du secret professionnel et médical envers GENERALI Assurances de personnes SA. De même, elle autorise GENERALI Assurances de personnes SA, à se procurer et à avoir accès aux dossiers ainsi qu'à toutes les informations concernant les projets de décisions et décisions suivantes auprès des personnes et établissements précités, les renseignements nécessaires à l'instruction du dossier, et en particulier pour l'évaluation du droit aux prestations.

En outre, la personne soussignée autorise GENERALI Assurances de personnes SA, à se procurer auprès des autres assureurs, réassureurs, experts et autres tiers, et à leur transmettre tous renseignements et dossiers médicaux, sous la forme demandée.

Lieu et date

Signature