

Demande de prestations

Le certificat médical pour séjour en établissement hospitalier 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. méd. D. Lohner / LP-NBC-C
Case postale 1040
8134 Adliswil 1

Nous vous remercions de nous retourner la demande de prestations au titre de l'assurance d'indemnité journalière d'hospitalisation dûment complétée et signée.

Adresse:

Generali Assurances de personnes SA
Département LP-NBC-C
Soodmattenstrasse 10
8134 Adliswil 1

En outre, nous vous informons qu'il est possible de régler votre demande de prestations par téléphone lorsque votre hospitalisation ne dépasse pas 14 jours. Pour ce faire, nous vous prions de bien vouloir réunir toutes les informations demandées ci-dessous et de nous appeler dès que vous avez pu rejoindre votre domicile. Dès lors, nous répondrons volontiers à votre appel et vous informerons ensuite si votre demande de prestations pour votre séjour hospitalier peut être effectuée par téléphone ou, si le cas échéant nous avons encore besoin d'autres renseignements pour l'étude de votre droit aux prestations d'assurance.

- Dates exactes de votre hospitalisation
- Nom/Lieu de l'hôpital
- Nom/Lieu de votre médecin traitant
- Diagnostic exact
- Depuis quelle date exacte le diagnostic est-il connu
- Vos coordonnées bancaires ou postales.

**Ärztliche Auskunft
für stationären Aufenthalt**

**Certificat médical
pour séjour en établissement hospitalier**

**Certificato medico
per degenza ospedaliera stazionaria**

Versicherte Person / Geburtsdatum
Personne assurée / Date de naissance
Persona assicurata / Data di nascita

Police Nr.
Police No
Polizza No

1. Dauer des Spitalaufenthaltes: vom/du/dal bis/au/al
Durée du séjour hospitalier: _____
Durata della degenza ospedaliera: _____

2. Name des Spitals: _____
Nom de l'hôpital: _____
Nome dell'ospedale: _____
Abteilung/service/reparto: _____
Intensivstation? Wenn ja: vom/du/dal bis/au/al
Service des soins intensifs? _____
Sala di rianimazione? _____

3. Ursachen des Spitalaufenthaltes? Genaue Diagnosen (ICD Codes): _____
Raisons du séjour à l'hôpital? Diagnostics exacts: _____
Causa della degenza ospedaliera? Diagnosi esatte: _____

4. Seit wann ist dem Patienten die Hauptdiagnose bekannt?
Depuis quand le patient est-il au courant du diagnostic exact?
Da quando il paziente è a conoscenza della diagnosi principale? _____

5. Kurze Darstellung von Beginn, Verlauf und Folgen der Krankheit;
bei Unfall, Hergang und Folgen. Welche Nebendiagnosen haben auf
den Spitalaufenthalt einen Einfluss gehabt?
Description sommaire du début, du cours et des suites de la
maladie; en cas d'accident, causes et suites de celui-ci. Quels sont les
diagnostics secondaires qui ont aussi influencé l'hospitalisation ?
Concisa descrizione circa l'inizio, il decorso e le conseguenze della
malattia; in caso d'infortunio, causa e conseguenze del medesimo.
Quali diagnosi collaterali hanno avuto rilevanza per la degenza
ospedaliera? _____

6. Wann wurde wegen des Leidens, das einen Spitalaufenthalt erforderte, ein Arzt konsultiert (Name des Arztes angeben)?
(Feststellung, Diagnose, Kontrolle, Behandlung, Behandlungsempfehlung oder sonstiger ärztlicher Rat).
Quand est-ce qu'un médecin a été consulté concernant le cas ayant nécessité l'hospitalisation (indiquer le nom du médecin)?
(constatation, diagnostic, contrôles, traitement, recommandations ou autres conseils médicaux).
Quando è stato consultato un medico per la malattia causa della degenza ospedaliera (indicare il nome del medico)?
(Accertamento, diagnosi, controllo, terapia consigliata o altra terapia alternativa consigliata dal medico)
Erstmalige Konsultation/première consultation/prima consultazione: Datum/date/data: _____
Letztmalige Konsultation/dernière consultation/ultima consultazione: Datum/date/data: _____
Name/nom/nome: _____

7. Einweisender Arzt (Name, Adresse):
Quel médecin a ordonné l'hospitalisation (adresse):
Medico che ha ordinato l'ospedalizzazione (indirizzo): _____

8. Bei welchem Arzt/Spital erfolgt die weitere Behandlung?
Après de quel médecin/hôpital le traitement continue-t-il?
Presso quale medico/ospedale viene continuato il trattamento? _____

Ort und Datum: _____ Stempel und Unterschrift des Arztes: _____
Lieu et date: _____ Timbre et signature du médecin: _____
Luogo e data: _____ Timbro e firma del medico: _____

Die Kosten dieses ärztlichen Zeugnisses gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers.
Les frais de cette attestation médicale vont à la charge du preneur d'assurance.
L'onorario per il presente certificato è a carico dello stipulante.

**Demande de prestations
au titre de l'assurance d'indemnité journalière d'hospitalisation (Tarif SP01 et SPD)**

(à compléter par l'assuré(e) ou son représentant; outre la présente demande de prestations, le formulaire „Certificat médical pour séjour en établissement hospitalier“ rempli par le médecin traitant doit être fourni au plus tard six semaines après l'entrée à l'hôpital)

Personne assurée

Nom, prénom, date de naissance: _____

Rue, N°/ NPA, localité: _____

E-Mail: _____

Numéro de police:

Versement?

sur le compte postal no et au nom de: _____

sur compte bancaire no et au nom de: _____

IBAN: _____

1. Motif de l'hospitalisation (brève description de la maladie ou de l'accident)

2. Quand êtes-vous tombé(e) malade, ou quand a eu lieu l'accident ? (Date)

3. Quand avez-vous pour la première fois consulté un médecin en raison de cette maladie ou de cet accident ? (Date)

4. Quel médecin a prescrit l'hospitalisation ? (Nom et adresse exacte)

5. Quel est votre médecin traitant habituel ? (Nom et adresse exacte)

6. Ya-t-il d'autres médecins qui ont participé à votre traitement ? (Nom et adresse exacte)

7. Nom de votre assurance maladie et adresse de la section dont vous dépendez :

8. Avez-vous déjà consulté un médecin précédemment en raison de cette maladie ou d'une maladie similaire, ou en rapport avec les séquelles de l'accident ?

Oui Non

9. Avez-vous consulté un médecin au cours des cinq dernières années ?

Oui Non

Merci de remplir aussi le verso !

Si vous avez répondu par OUI aux questions 8 ou 9, veuillez préciser. (A quelles dates avez-vous consulté un médecin; nature et durée du traitement; noms et adresses des médecins) :

10. Date d'entrée à l'hôpital : _____

Date de sortie de l'hôpital : _____

ou durée approximative du séjour : _____

Nom et adresse de l'hôpital : _____

Veuillez répondre à la question suivante uniquement si votre assurance est un PLAN HOSPITALIER DUO ARGENT COMTANT (Tarif SPD):

11. Demandez-vous le versement de double prestations en raison d'une maladie grave selon l'article 4 des conditions générales d'assurance ?

Oui Non

Lieu et date

Signature de la personne assurée

Signature du preneur d'assurance
(seulement si différent de la personne assurée)

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).

Procuration

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'assurance-invalidité, les assurances-vie et autres tiers, **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 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, ré-assureurs, experts et autres tiers, et à leur transmettre tous renseignements et dossiers médicaux, sous la forme demandée.

Lieu et date

Signature de la personne assurée