

---

## **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 en cas d'incapacité de gain ainsi que les deux procurations dûment complétées et signées en vous priant de ne pas omettre de joindre les pièces mentionnées sur la demande de prestations.

**Adresse:**

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

# Certificat médical

Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaften

## Concernant l'incapacité de travail

Etabli à l'attention du médecin-conseil

Dr. med. Didier Lohner / LP-NBC-C

Soodmattenstrasse 10, 8134 Adliswil



# GENERALI

### Personne assurée

Nom, prénom, date de naissance: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Numéro de/des police(s) \_\_\_\_\_

Profession apprise \_\_\_\_\_ activité/fonction exercée \_\_\_\_\_

**Extrait du dossier médical** pour la période écoulée depuis \_\_\_\_\_

#### 01 Cause de l'incapacité de travail :

Maladie

Accident

Diagnostics et / ou code ICD ? \_\_\_\_\_

A quelle date exacte les premiers symptômes se sont-ils manifestés ? \_\_\_\_\_

En cas d'accident : date et nature de l'accident ? \_\_\_\_\_

#### 02 Traitement ambulatoire : par vous-même

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Date du dernier contrôle \_\_\_\_\_

Avant vous, par le

Dr. \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ depuis \_\_\_\_\_

Après vous, par le

Dr. \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ depuis \_\_\_\_\_

#### 03 Traitement hospitalier / cure : où ?

Date d'entrée: \_\_\_\_\_ Date de sortie: \_\_\_\_\_

#### 04 Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie jusqu'à ce jour) :

Symptômes actuels / état actuel :

Pronostic :

#### 05 Nature et importance du traitement actuel :

Medication actuelle (y compris la dose)?

aucune

laquelle? \_\_\_\_\_

Conseil pour la future thérapie :

#### 06 Durée et degré de l'incapacité de travail par rapport à l'activité exercée à ce jour

\_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Dans le cas d'une capacité de travail partielle, nous vous prions de prendre en considération la diminution des prestations sur un temps de travail complet.

Argumentation de la nécessité d'une diminution du temps de travail au lieu d'une réduction de prestations : \_\_\_\_\_

#### 07 Une autre activité peut-elle être raisonnablement envisagée ?

non  oui

Si oui, laquelle et à quel degré ? \_\_\_\_\_

Une nouvelle activité est-elle déjà exercée ?

non  oui

Si oui, laquelle et à quel degré ? \_\_\_\_\_

Restriction dans la nouvelle activité :

Faut-il s'attendre à des séquelles permanentes ?

non  oui

Si oui, de quel genre ? \_\_\_\_\_

Existe-t-il d'un point de vue médical une limitation de la capacité à conduire un véhicule ?

non  oui

#### 08 Peut-on prévoir une reprise de l'activité professionnelle ou une amélioration de la capacité de travail ?

non  oui

Si oui, à partir de quelle date et à quel degré ?

\_\_\_\_\_ % à partir du \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % à partir du \_\_\_\_\_

Des mesures sont-elles nécessaires sur le plan professionnel ?

non  oui

Si oui, lesquelles et par qui ? \_\_\_\_\_

#### 09 AI / AM / Assureur accidents : l'annonce a-t-elle été faite ?

non  oui

Si oui, auprès de :

l'AI  l'AM

quand ? \_\_\_\_\_

l'assureur-accidents

lequel ? \_\_\_\_\_

#### 10 Informations supplémentaires, compléments et propositions :

(utiliser le verso si besoin)

Lieu et date :

Timbre et signature :

## Demande de prestations en cas d'incapacité de gain

### Personne assurée

### Numéro(s) de la (des) polices

Nom, prénom, date de naissance: \_\_\_\_\_

Rue, N°/ NPA, localité: \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

Tél. privé: \_\_\_\_\_ Tél. prof.: \_\_\_\_\_

Tél. mobile: \_\_\_\_\_ N AVS: \_\_\_\_\_

### Modalité de paiement

N° de Compte postal \_\_\_\_\_  
Compte au nom de \_\_\_\_\_  
(nom et adresse) \_\_\_\_\_

N° de compte bancaire \_\_\_\_\_  
Nom et adresse de la banque \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_  
Compte au nom de \_\_\_\_\_  
(nom et adresse) \_\_\_\_\_

### 1. a) Activités professionnelles

Taux d'activité avant l'incapacité de travail \_\_\_\_\_ %

Employé(e) depuis \_\_\_\_\_  Indépendant(e) depuis \_\_\_\_\_  
Employeur \_\_\_\_\_ Entreprise \_\_\_\_\_  
Nombre de collaborateurs \_\_\_\_\_

Profession apprise \_\_\_\_\_

Profession exercée avant l'incapacité de travail \_\_\_\_\_

### 1. b) Description des activités exercées avant la survenue de l'incapacité de travail en %

physiques / manuelles	_____	_____ %
Administratives / intellec- tuelles	_____	_____ %
Autres	_____	_____ %

### 2. Motif de la demande de prestations (Veuillez utiliser une feuille séparée pour toute information complémentaire / détaillée)

<input type="checkbox"/> <b>Accident</b>	<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>
a) Type de lésion	a) Diagnostic
b) Date de la 1 <sup>ère</sup> consultation	b) Date de la 1 <sup>ère</sup> consultation
c) Lieu et date de l'accident	c) Évolution de la maladie
d) Comment l'accident s'est-il produit ?	d) Début de la maladie

e) Avez-vous déjà subi un traitement auparavant pour la même maladie/à cause du même accident ?

Oui  Non Si oui : de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer le nom et l'adresse des médecins qui vous ont traité(e). \_\_\_\_\_

**Veuillez remplir les deux pages ./.**

**3. Êtes-vous limité(e) dans la capacité à conduire un véhicule automobile?**

oui  non

**4. Etendue et durée de l'incapacité de travail**

\_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

**5. Traitement médical**

**Médecins traitants**

(pour les hôpitaux, indiquez également le service concerné)

Début du traitement	Fin du traitement	Noms	Adresses

**6. Autres demandes de prestations**

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

- Assurances d'indemnités journalières maladie / nom : \_\_\_\_\_ depuis \_\_\_\_\_
- SUVA (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents) \_\_\_\_\_ depuis \_\_\_\_\_
- Assurances accidents privées / nom : \_\_\_\_\_ depuis \_\_\_\_\_
- Assurance militaire fédérale (AMF) \_\_\_\_\_ depuis \_\_\_\_\_
- Assurance invalidité fédérale (AI) \_\_\_\_\_ depuis \_\_\_\_\_
- Assurances sociales étrangères / nom : \_\_\_\_\_ depuis \_\_\_\_\_
- Assurance responsabilité civile / nom : \_\_\_\_\_ depuis \_\_\_\_\_
- Assurances vie en Suisse et à l'étranger / nom : \_\_\_\_\_ depuis \_\_\_\_\_
- Caisse de pension de l'employeur / nom : \_\_\_\_\_ depuis \_\_\_\_\_
- Autres : type et nom : \_\_\_\_\_ depuis \_\_\_\_\_
- Autres : type et nom : \_\_\_\_\_ depuis \_\_\_\_\_

(Indication précise des adresses des assurances concernées)

***Veillez joindre les éventuels décomptes ou décisions d'autres assureurs.***

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

**7. Remarques**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lieu, date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

***Joindre une copie de votre pièce d'identité***

Référence: \_\_\_\_\_

Département: LP-NBC-C

**Personne assurée:**

\_\_\_\_\_  
Nom, prénom, date de naissance

\_\_\_\_\_  
adresse

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'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 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

Référence: \_\_\_\_\_

Département: LP-NBC-C

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 pour consultation de dossier

### Personne assurée :

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

Code postal et lieu \_\_\_\_\_

Date de naissance ou no d'AVS \_\_\_\_\_

Pour permettre l'étude du droit aux prestations assurées concernant les assurances complémentaires « libération du paiement des primes et / ou rente en cas d'incapacité de gain » au titre de la police d'assurance-vie individuelle, la personne soussignée autorise

GENERALI Assurances de personnes SA, Soodmattenstrasse 10, 8134 Adliswil

à consulter le dossier relatif à son cas d'assurance et à se procurer tout renseignement ou document en relation avec

la maladie du: \_\_\_\_\_ ou l'accident du: \_\_\_\_\_  
(date) (date)

auprès de l'Office AI à \_\_\_\_\_  
(lieu de l'Office AI)

\_\_\_\_\_  
Lieu et date\_\_\_\_\_  
Signature