

Demande de prestations

Le certificat médical pour l'indemnité journalière de soins à domicile (tarif SX) 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 pour soins à domicile (Tarif SX) et la procuration 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
pour l'indemnité journalière de soins à domicile (tarif SX)

Personne assurée / date de naissance _____

Police No. _____

La prestation d'assurance est payée lorsque les soins évitent ou abrègent un séjour hospitalier. L'indemnité forfaitaire de CHF 120.-- ou CHF 200.-- sera versée pour chaque jour pour lequel il est médicalement attesté que, à défaut de soins à domicile, l'assuré aurait inévitablement dû séjourner à l'hôpital. Les soins pour personnes âgées, infirmes ou malades chroniques ne sont pas assurés.

1. Les soins à domicile ont-ils permis d'éviter ou d'abrèger un séjour dans un établissement hospitalier ?

oui / Non

Si oui, combien de jours ? _____ jours / Début : _____

Raisons : _____

Qui prodigue les soins médicaux? _____

2. Anamnèse et évolution du cas :

3. Est-ce que le patient a-t-il été précédemment hospitalisé ?

Oui / Non

Si oui, nom et lieu de l'Hôpital : _____

Service : _____ Durée: _____

4. Quand le mal ayant nécessité les soins à domicile a-t-il été constaté ou traité médicalement pour la première fois ?

5. Le mal en question a-t-il déjà été traité par d'autres médecins ?

Oui / Non

Si oui, par qui (noms et adresses) ? _____

Si oui, quand _____

6. Remarques: _____

Lieu et date :

Timbre et signature du médecin :

Les frais du certificat médical sont à la charge du patient.

**Demande de prestations
au titre de l'assurance d'indemnité journalière pour soins à domicile (Tarif SX)**

(à compléter par l'assuré(e) ou son représentant; outre la présente demande de prestations, le formulaire « certificat médical pour soins à domicile » doit être rempli par le médecin traitant, et les divers documents mentionnés au point 4 doivent nous être aussi adressés)

Personne assurée

Numéro de police:

Nom, prénom, date de naissance: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Versement?

sur le compte postal no et au nom de: _____

sur compte bancaire no et au nom de: _____

IBAN: _____

1. Qui vous prodigue les soins médicaux extra-hospitaliers ? (par exemple : infirmière visitante de la Commune, associations ou organisations de soins à domicile etc...). Nous vous remercions de nous donner des précisions à ce sujet.

2. Quelles tâches cette personne exécute-t-elle ? (par exemple : toilette, habillage, traitements tels que soins des plaies, piqûres, etc...)

3. Combien de temps cela représente t-il quotidiennement ? _____ heure(s)

4. Veuillez joindre s'il vous plaît une copie du rapport de soins et une copie des factures pour les soins extra-hospitaliers et pour l'aide ménagère.

5. Une aide-ménagère était-elle éventuellement encore nécessaire, en plus de ces soins ?

Oui Non Si oui, références de cette personne ? _____

6. Avez-vous déjà été bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou d'autres prestations de l'assurance-invalidité (AI) ?

Oui Non Si oui, depuis quand et à quel degré : _____

Lieu et date

Signature de la personne assurée

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

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'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, réassureurs, experts et autres tiers, et à leur transmettre tous renseignements et dossiers médicaux, sous la forme demandée.

Lieu et date

Signature