
Demande de prestations

Nous vous remercions de nous retourner la demande de prestations en cas d'incapacité de gain et/ou de perte/de diminution des facultés de base 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

**Demande de prestations en cas d'incapacité de gain
et/ou de perte/de diminution des facultés de base**

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)

Accident

Maladie

a) Type de lésion _____

a) Diagnostic _____

b) Date de la 1^{ère} consultation _____

b) Date de la 1^{ère} consultation _____

c) Lieu et date de l'accident _____

c) Evolution 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). _____

3. Subissez-vous une perte ou une diminution des facultés suivantes ?

(Veuillez cocher ce qui convient ; plusieurs réponses sont possibles)

- a) Voir Parler
 S'orienter Faire usage de ses mains

et/ou

- b) Entendre Marcher
 Monter des escaliers Se mettre à genoux ou se pencher
 Se tenir debout Saisir
 Bouger les bras Soulever et porter
 Conduire une voiture

4. Avez-vous droit à une allocation pour impotent en raison d'une grave infirmité ?

- Oui Non **Si oui, veuillez joindre la décision correspondante.**

5. Etendue et durée de l'incapacité de travail

_____ % du _____ au _____
_____ % du _____ au _____
_____ % du _____ au _____

6. Traitement médical

Médecins traitants

(pour les hôpitaux, indiquez également le service concerné)

Début du traitement	Fin du traitement	Noms	Adresses

7. 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)

Veuillez joindre les éventuels décomptes ou décisions d'autres assureurs.

Veuillez 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.

8. 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 _____