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 10
8134 Adliswil 1

Generali Assurances de personnes SA
Soodmattenstrasse 10, 8134 Adliwil

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

N° de police: _____

☐ Maladie ☐ Accident Début de l'incapacité de travail: _____

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 ☐ Non

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 ☐ Non

Si oui, lesquelles ?

Depuis quand ? _____

Qui était le médecin traitant / l'hôpital ?

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

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

Certaines circonstances pourraient-elles influer défavorablement sur le proces-sus de guérison (par ex. environnement professionnel, contexte social, chemin pour se rendre au travail, addiction) ? ☐ Oui ☐ Non

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 raison-na-blement 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 ☐ Non

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

b) Le patient exerce-t-il déjà un nouveau travail / une nouvelle activité ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel/laquelle ?

c) Y-a-t-il des restrictions dans l'exercice de ce nouveau travail / de cette nouvelle activité ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles ?

d) Y-a-t-il une restriction médicale à la conduite d'un véhicule automobile ? ☐ Oui ☐ Non

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 ☐ Non

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 et/ou de perte/de diminution des facultés de base

Generali Assurances de personnes SA
New Business & Claims
Soodmattenstrasse 10
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. mobile _____

Tél. professionnel _____ N° AVS _____

Modalités de paiement

N° de compte postal/bancaire _____

Nom, adresse de la poste/banque _____

IBAN _____

Compte au nom de _____
(Nom et adresse)

Veuillez 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 ☐ Non Si oui, du _____ au _____

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 les escaliers

☐ S'agenouiller 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 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

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

7. Autres demandes de prestations

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

☐ Assurances d'indemnités journalières maladie/nom : _____ depuis _____

☐ SUVA (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents) depuis _____

☐ Assurance militaire fédérale (AMF) depuis _____

☐ Assurance invalidité fédérale (AI) depuis _____

☐ Assurances accidents privées / nom : _____ 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 _____

☐ Autre – Type et nom : _____ depuis _____

☐ Autre – 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 (par ex. certificats de salaires) des trois dernières années précédant l'incapacité de travail jusqu'à aujourd'hui.

8. Remarques

Veuillez 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 assureé : _____

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 Assucrances 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 délie 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 Assucrances de personnes SA. De même, elle autorise Generali Assucrances 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 Assucrances 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, date Signature