

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. 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

Certificat médical pour l'indemnité journalière de soins à domicile (Tarif SX)

Personne assurée: _____ Date de naissance: _____
Numéro de police: _____

La prestation d'assurance est payée lorsque les soins évitent ou abrègent un séjour hospitalier. L'indemnité forfaitaire 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. 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.

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

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

Generali Personenversicherungen AG
New Business & Claims
Soodmattenstrasse 10
Postfach 1040
8134 Adliswil 1

Personne assurée

Numéro de/des polices) _____
Nom _____ Prénom _____
Date de naissance _____ Pays de naissance _____
Toutes les nationalités _____
Adresse _____
E-Mail _____
Téléphone privé _____ Téléphone portable _____
Téléphone professionnel _____ No. AVS _____

Versement

No compte postal/bancaire _____
Nom/Adresse de la poste/banque _____
IBAN _____
Compte au nom de _____
(Nom et adresse)

Veillez 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. Qui vous prodigue les soins médicaux extra-hospitaliers?

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 ou d'autres prestations de l'assurance-invalidité (AI) ?

Oui Non

Si oui, depuis quand et à quel degré ? _____

Veuillez joindre une copie d'une pièce d'identité à votre nom (y compris votre signature).

Lieu et date

Signature de la personne assurée

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

Procuration

Numéro de/des polices : _____ Département : LP-NBC-C _____

Personne assuré(e) : _____

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).

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 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 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