

Demande de prestations

Le certificat **médical pour séjour en établissement hospitalier** 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 d'hospitalisation dûment complétée et signée. 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

En outre, nous vous informons qu'il est possible de régler votre demande de prestations par téléphone lorsque votre hospitalisation ne dépasse pas 14 jours. Pour ce faire, nous vous prions de bien vouloir réunir toutes les informations demandées ci-dessous et de nous appeler dès que vous avez pu rejoindre votre domicile. Dès lors, nous répondrons volontiers à votre appel et vous informerons ensuite si votre demande de prestations pour votre séjour hospitalier peut être effectuée par téléphone ou, si le cas échéant nous avons encore besoin d'autres renseignements pour l'étude de votre droit aux prestations d'assurance.

- dates exactes (entrée/sortie) de votre hospitalisation
- nom/lieu de l'hôpital ou de la clinique
- nom/lieu de votre médecin de famille
- diagnostic
- vos coordonnées bancaires ou postales
- toutes vos nationalités
- votre pays de naissance

Certificat médical pour séjour en établissement hospitalier

Personne assurée _____ Date de naissance: _____

Police No _____

1. Durée du séjour hospitalier: du _____ au _____**2.** Nom de l'hôpital: _____

Service _____

Service des soins intensifs? Si ou: du _____ au _____

3. Raisons du séjour à l'hôpital? Diagnostics exacts (ICD Codes):**4.** Depuis quand le patient est-il au courant du diagnostic exact? _____**5.** Description sommaire du début, du cours et des suites de la maladie; en cas d'accident, causes et suites de celui-ci. Quels sont les diagnostics secondaires qui ont aussi influencé l'hospitalisation?**6.** Quand est-ce qu'un médecin a été consulté concernant le cas ayant nécessité l'hospitalisation (indiquer le nom du médecin)?

(constatation, diagnostic, contrôles, traitement, recommandations ou autres conseils médicaux).

Première consultation: _____

Dernière consultation: _____

Nom: _____

7. Quel médecin a ordonné l'hospitalisation (adresse):**8.** Après de quel médecin/hôpital le traitement continue-t-il?

Lieu et date

Timbre et signature du médecin

Les frais de cette attestation médicale vont à la charge du preneur d'assurance.

Demande de prestations

au titre de l'assurance d'indemnité journalière d'hospitalisation

Personne assurée

Numéro de/des police(s) _____

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Pays de naissance _____

Toutes les nationalités _____

Adresse _____

E-Mail _____

Téléphone privé _____ Téléphone portable _____

Téléphone travail _____ 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. Motif de l'hospitalisation

(brève description de la maladie ou de l'accident)

2. Quand êtes-vous tombé(e) malade, ou quand a eu lieu l'accident ?

Date: _____

3. Quand avez-vous pour la première fois consulté un médecin en raison de cette maladie ou de cet accident ?

Date: _____

4. Quel médecin a prescrit l'hospitalisation ?

Nom et adresse exacte _____

5. Quel est votre médecin traitant habituel ?

Nom et adresse exacte _____

6. Y a-t-il d'autres médecins qui ont participé à votre traitement ?

Nom et adresse exacte _____

7. Nom de votre assurance maladie et adresse de la section dont vous dépendez ?

8. Avez-vous déjà consulté un médecin précédemment en raison de cette maladie ou d'une maladie similaire, ou en rapport avec les séquelles de l'accident ?

Oui Non

9. Avez-vous consulté un médecin au cours des cinq dernières années ?

Oui Non

Si vous avez répondu par OUI aux questions 8 ou 9, veuillez préciser (A quelles dates avez-vous consulté un médecin, nature et durée du traitement, noms et adresses des médecins)

10. Date d'entrée à l'hôpital

Date de sortie de l'hôpital: _____
Datum des Spitalaustrittes: _____
ou durée approximative du séjour: _____
Nom et adresse de l'hôpital: _____

Veuillez répondre à la question suivante uniquement si votre assurance est un PLAN HOSPITALIER DUO ARGENT COMPTANT (Tarif SPD):

Demandez-vous le versement de double prestations en raison d'une maladie grave selon l'article 4 des conditions générales d'assurance ?

Oui Non

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)

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 de la personne assurée

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