

Prétention à une indemnité journalière en cas d'hospitalisation

Contrat n° _____

Remarque

La demande doit être adressée au plus tôt après une hospitalisation de 30 jours ou à la fin du séjour hospitalier ou de la cure. Pour les cures, il faut également joindre une ordonnance de cure établie par le médecin traitant.

Personne assurée

Nom _____ Prénom _____
Rue. _____ NPA, localité _____
Date de naissance _____ No de téléphone / portable
no _____

Indications de la personne assurée

Nature de la maladie ou des blessures _____

S'agit-il d'un accident? oui non

Date de la première consultation _____

Médecin qui a ordonné le séjour (Nom, Adresse) _____

Avez-vous auparavant déjà été en traitement pour la même cause? oui non

Dans l'affirmative, du _____ au _____

Par quel médecin, dans quel hôpital?

Nom, Adresse _____ Année _____

Remarques



Procuration

Je suis conscient(e) que Swiss Life a besoin de certaines données concernant ma personne pour vérifier le cas de prestation. L'absence de ces données peut entraîner un refus de la demande de prestation.

C'est pourquoi je suis d'accord pour que mon identité (nom, prénom, sexe, date de naissance, métier, adresse) ainsi que les informations relatives à ma santé soient utilisées par Swiss Life pour vérifier mon droit à une prestation. Pour vérifier le droit à la prestation ainsi que pour lutter contre la fraude, Swiss Life peut transmettre ces données à d'autres sociétés du groupe ainsi qu'aux autres assureurs et réassureurs impliqués, que ce soit en Suisse ou à l'étranger.

J'autorise également Swiss Life à demander des renseignements à d'autres sociétés du groupe ainsi qu'aux autorités et à des tiers - en particulier aux assureurs précédents quant à l'ancienne sinistralité - afin de vérifier le droit à la prestation.

Par la présente, je délègue du secret professionnel ou médical les établissements hospitaliers, les médecins, les psychologues, les thérapeutes, les auxiliaires des caisses maladie, les assurances maladie, accident et perte de gain, les services AVS et AI, les assurances vie et les caisses de pensions, les réassureurs et d'autres tiers qui peuvent apporter des renseignements sur l'événement survenu. Je les autorise à communiquer à Swiss Life les renseignements et les documents dont celle-ci aurait besoin pour vérifier le dossier, notamment dans le cadre de l'examen du droit aux prestations d'assurance.

En outre, j'autorise Swiss Life à transmettre les informations et documents (y compris les documents médicaux et les dossiers établis par d'autres assurances) à d'autres assureurs, par exemple les assurances maladie, accident et perte de gain, les services AVS et AI, les assurances vie et les caisses de pensions, les réassureurs ainsi qu'aux experts et médecins impliqués, pour un déroulement simplifié et productif. Swiss Life peut transmettre ces données à d'autres sociétés du groupe ainsi qu'à des tiers pour lutter contre la fraude.

Police n°. _____

Nom _____

Prénom _____

Lieu et date

Signature de la personne assurée



Attestation de séjour

Remarque

L'attestation de séjour doit être remplie par l'administration de l'hôpital ou de l'établissement de cure. Vous pouvez nous envoyer une copie de la facture avec la date d'entrée et de sortie.

- Hospitalisation du _____ au _____ du _____ au _____
- Séjour de cure du _____ au _____ du _____ au _____
- Cause suites d'accident maladie accouchement

Lieu et date

Timbre et signature de l'administration de l'hôpital ou de l'établissement de cure

Versement

Versement à l'établissement financier suivant:

Établissement financier en Suisse

IBAN _____

Nom de l'établissement financier _____

Titulaire du compte (pers. physique/morale ¹) _____

Adresse du domicile du titulaire du compte (si différente de celle du preneur d'assurance) _____

Établissement financier en Europe

IBAN _____

Nom de l'établissement financier _____

Adresse de l'établissement financier _____

Pays de l'établissement financier _____

Titulaire du compte (pers. physique/morale ¹) _____

Adresse du domicile du titulaire du compte (si différente de celle du preneur d'assurance) _____



○ **Établissement financier hors Europe**

No de compte bancaire _____

Code SWIFT _____

Nom de l'établissement financier _____

Adresse de l'établissement financier _____

Pays de l'établissement financier _____

Titulaire du compte (pers.
physique/morale ¹) _____

Adresse du domicile du titulaire du
compte (si différente de celle du
preneur d'assurance) _____

¹ Dans le cas de personnes morales et de sociétés de personnes exerçant une activité opérationnelle le proposant ou le preneur d'assurance doit remplir le formulaire "Identification des détenteurs du contrôle de personnes morales et de sociétés de personnes".

Dans le cas de personnes morales et de sociétés de personnes n'exerçant pas une activité opérationnelle ainsi que dans le cas de sociétés de domicile, le proposant ou le preneur d'assurance doit remplir le formulaire "Identification de l'ayant droit économique".

Si le bénéficiaire du paiement n'est pas l'ayant droit selon le contrat, les données suivantes sont requises en plus:

Ayant droit (personne physique/morale)

Nom, prénom/raison sociale _____

Adresse de domicile/adresse du siège _____

Date de naissance/date de fondation _____

Nationalité/état du domicile _____

Lieu, date

Signature

