Reset Print

Swiss Life SA, General-Guisan-Quai 40, Case postale, 8022 Zurich

SwissLife

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.

Vous trouverez nos déclarations relatives à la protection des données à l'adresse https://www.swisslife.ch/fr/privacy.

Personne assurée

Nom _____ Prénom _____

Rue, n° _____ NPA, localité _____

Date de naissance _____ Téléphone / portable _____

Adresse e-mail _____

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.

Swiss Life peut transmettre ces données, y compris des données personnelles sensibles, à d'autres assureurs et réassureurs impliqués en Suisse et à l'étranger, afin de vérifier le droit aux prestations et de lutter contre la fraude à l'assurance. J'accepte également que Swiss Life se procure des renseignements sur l'évolution des sinistres auprès des services officiels ainsi que des assureurs et réassureurs impliqués en Suisse et à l'étranger, afin de vérifier mon droit aux prestations.

Par la présente, je délie les hôpitaux, médecins, psychologues, thérapeutes et le personnel concerné des caisses maladie, des assurances d'indemnités journalières en cas de maladie, des assurances maladie et accidents, des offices AVS et AI, des assurances vie, des caisses de pensions, des assurances sociales, des réassureurs ainsi que d'autres tiers qui peuvent fournir des renseignements sur l'événement survenu du secret professionnel, de leur obligation médicale, contractuelle et légale de garder le secret. Je les autorise à communiquer à Swiss Life les renseignements et les dossiers dont elle a besoin pour examiner le dossier, en particulier pour déterminer le droit aux prestations d'assurance.

J'autorise en outre Swiss Life à transmettre des informations et documents (y compris les documents médicaux et les dossiers en notre possession d'autres assurances impliquées) à d'autres assureurs, p. ex. aux caisses maladie, aux assurances d'indemnités journalières en cas de maladie, aux assurances maladie et accidents, aux offices AVS et AI, aux assurances vie, aux caisses de pensions, aux réassureurs ainsi qu'aux experts et médecins, en vue du traitement des prestations.

Toutes les déclarations et tous les consentements donnés sont valables dans le cadre de leur finalité sans limitation dans le temps, même après le décès. Je peux révoquer mes consentements envers Swiss Life à tout moment. Une révocation n'a d'effet que pour l'avenir et peut entraîner la non-octroi de prestations. Swiss Life peut traiter les données personnelles même après une révocation dans la mesure où la loi l'y autorise ou si cela sert des intérêts prépondérants.

Police n° _____

Nom _____ Prénom _____

Lieu et date

Signature de la personne assurée

_____ _____

SwissLife

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

La prestation est versée à (veuillez sélectionner ce qui convient):

- ○ Preneur d'assurance / partenaire contractuel
- ○ Conjoint(e) / Partenaire enregistré(e)
- ○ Concubin(e) vivant dans le même ménage
- ○ Enfants / Petits-enfants
- ○ Parents / Grands-parents
- ○ Frère ou sœur
- ○ Institution de prévoyance du 2e pilier
- ○ Organisations reconnues d'utilité publique
- ○ Personnes / Postes avec droits contractuels ou autres droits légaux

Si le versement n'est pas effectué au preneur d'assurance / partenaire contractuel, il convient de remettre la copie d'une pièce d'identité officielle en cours de validité (recto et verso) pour les personnes physiques destinataires dudit versement.

Pièces d'identité valables:
Passeport; carte d'identité (Suisse, Liechtenstein et pays de l'espace Schengen), permis de conduire suisse (format carte de crédit uniquement), livret suisse pour étrangers.

En remplacement de la copie d'une pièce d'identité officielle en cours de validité, il est également possible de remettre celle d'un courrier de service public (p. ex. document fiscal, facture d'électricité).

Selon les résultats de l'examen individuel, des documents supplémentaires peuvent être demandés.

Usage interne (à remplir par le conseiller)

Contrat Swiss Life / Dépôt de primes n° _____

Solution de placement / 3a Start IBAN _____

au nom de _____

Montant* CHF _____

* N'indiquer aucun montant lorsque la somme entière est investie.

Établissement financier

IBAN _____

N° de compte (hors Europe) _____

Code Swift (hors Europe) _____

Nom de l'établissement financier _____

Adresse de l'établissement financier _____

Pays de l'établissement financier _____

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

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

[1] S'agissant de personnes morales / sociétés de personnes exerçant une activité opérationnelle, le formulaire «Identification des détenteurs du contrôle de personnes morales et de sociétés de personnes exerçant une activité opérationnelle (sociétés de domicile exclues)» doit être remis dans la mesure où le versement individuel atteint ou dépasse le montant de CHF 15 000.00.

Dans le cas de sociétés de domicile (personnes morales et sociétés de personnes n'exerçant pas une activité opérationnelle), le preneur d'assurance ou le partenaire contractuel doit remplir le formulaire «Identification de l'ayant droit économique».

Si le titulaire du compte n'est pas le preneur d'assurance / partenaire contractuel, les informations complémentaires suivantes sont requises.

Titulaire du compte (personne physique/morale)

Nom, prénom/raison sociale _____

Adresse de domicile/adresse du siège _____

Date de naissance/date de fondation _____

Nationalité/état du domicile _____

Je confirme avoir l'autorisation de communiquer des données personnelles concernant des tiers dans le cadre de la prospection, de la mise en oeuvre ou du traitement du contrat, et avoir expressément informé ces tiers sur la protection des données en vue du traitement des données personnelles. Je confirme que les données personnelles communiquées concernant des tiers, sont, à ma connaissance, exactes.

_____ _____

Lieu, date

Signature du preneur d'assurance / partenaire contractuel