

Au médecin traitant

CBO/bst

***Chubb Assurances (Suisse) SA – police d'assurance indemnités journalières maladie pour le personnel***

Cher Docteur,

A la demande de notre mandataire, la compagnie d'assurance Chubb Assurances (Suisse) SA, nous vous saurions gré de nous faire parvenir dans les meilleurs délais les renseignements complémentaires suivants :

- Un certificat médical détaillé et dactylographié attestant les raisons de l'arrêt de travail (diagnostic, genre, durée et évolution du traitement ainsi que le pronostic particulièrement en ce qui concerne la capacité de travail).
- Date projetée de la reprise du travail.

A réception desdits renseignements, la Compagnie d'assurance Chubb Assurances (Suisse) SA sera alors en mesure d'indemniser le preneur d'assurance.

Votre note d'honoraires est à adresser à notre adresse mentionnée ci-dessous.

En vous remerciant par avance de votre envoi et vous souhaitant bonne réception de ce courrier, nous vous présentons, cher Docteur, l'expression de nos sentiments distingués.

Boss Insurance Services SA

p.o. 

Cédric Boss

***Autorisation de communiquer des renseignements***

En faisant valoir son droit aux prestations et en signant ce formulaire, la personne assurée ou son/sa représentant/te autorise son médecin traitant à communiquer tous les renseignements et documents nécessaires pour l'examen du droit à la prestation à la compagnie d'assurance Chubb Assurances (Suisse) SA, son service médical ou son représentant.

Cette procuration peut être révoquée en tout temps. Par sa signature, le/la soussigné/e délivre sans réserve ladite procuration pour toute la durée de l'examen des droits.

Nom et Prénom :

Sinistre no (à laisser vide) :

Police no :

Lieu et date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

**Avis de maladie  
Assurance maladie collective**

<b>Employeur</b>	<b>No de sinistre</b> (à laisser vide)
Nom:	No de police:
Rue :	Groupe de personnes assurées:
NPA / Lieu :	Tél.

<b>Personne assurée</b>	
Nom, Prénom:	Profession:
Date de naissance:	Etat civil:
No AVS:	No de téléphone :
Rue:	NPA / Lieu:
Date d'entrée dans l'entreprise:	A cessé le travail pour maladie dès le:
De quel genre d'affection s'agit-il?	Estimez-vous un contrôle de patient nécessaire?
Si grossesse quel est le terme prévu ?	
Le contrat de travail a-t-il été dénoncé?	Si oui, pour quand?
Nom et adresse du médecin traitant: Prénom, nom: Rue: NPA / Lieu:	

<b>Salaire brut</b>	<b>Annuel y compris 13<sup>ème</sup></b>
Salaire annuel y compris 13 <sup>ème</sup> salaire	

<b>Autres prestations d'assurance</b>	
L'assuré est-il déjà au bénéfice d'indemnités journalières ou de rentes versées par : une caisse maladie, la SUVA ou une autre assurance-accident obligatoire, l'assurance-invalidité, l'assurance vieillesse et survivants, l'assurance militaire, la caisse de chômage ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui    si oui, lesquelles ?	
Des prestations d'autres polices de Chubb sont-elles versées pour cette maladie ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui    si oui, police No	
<b>IMPORTANT : le dossier ne pourra être traité qu'à réception des certificats médicaux, d'un rapport détaillé du médecin traitant et de la procuration signée par l'assuré(e).</b>	
<b>Virement de l'indemnité journalière</b>	<input type="checkbox"/> l'employeur
<b>Compte CCP :</b>	<b>Compte bancaire :</b>
Titulaire du compte :	Titulaire du compte :
No de CCP :	Nom de la banque :
	NPA / Lieu de la banque :
	No de compte :
	No de clearing:
	No d'IBAN :
	Swift:

Lieu et date :

Timbre et signature: