

Au médecin traitant

CBO/bst

***Chubb Assurances (Suisse) SA – police d'assurance indemnités journalières (maladie ou accident)***

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 : \_\_\_\_\_

**Déclaration maladie-accident**

Délai d'annonce : 20 jours

A remplir en majuscule ou à la machine, s.v.pl.

Nom : .....  
Prénom : .....  
Né(e) le : .....

Rue : .....  
Domicile : .....  
No de police : .....  
No de sinistre : .....  
(à remplir par l'assureur)

L'assuré(e) soussigné(e) prétend aux indemnités journalières (des prestations sont versées selon les conditions générales, pour autant que la présente déclaration soit signée par le médecin traitant).

- |   |   |
|---|---|
| <p>1) Motif :</p> <p>2) Date du début :</p> <p>3) Date de la 1ère consultation<br/>chez le médecin traitant</p> <p>4) Diagnostic exact :</p><br><p>5) S'agit-il d'une récurrence :</p> <p>6) Durée probable de l'incapacité de gain :</p><br><p>7) Médecin traitant :</p><br><p>8) Recevez-vous d'autres prestations :</p> <p>Si oui, de qui :</p> <p>a) .....</p> <p>b) .....</p> <p>9) Virement des indemnités au :</p> | <p><b>1) Maladie/Accident/Hospitalisation/Séjour - Foyer /Cure</b></p> <p>2) .....</p> <p>3) .....</p> <p>4) .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>5) Non / Oui / de l'année : .....</p> <p>6) 100% du ..... jusqu'au .....</p> <p style="padding-left: 40px;">% du ..... jusqu'au .....</p> <p style="padding-left: 40px;">% du ..... jusqu'au .....</p> <p>7) Nom : ..... Prénom : .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>Tél. ....</p> <p>8) Non / Oui</p> <p>Montant :                      Depuis :                      Durée des prestations</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9) a – Compte de ch. postal IBAN no : .....</p> <p>b – Compte bancaire IBAN no : .....</p> <p>Nom de la banque : .....</p> <p>Lieu : .....</p> |
|---|---|

**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).**

Lieu et date : ..... Signature : .....

**Attestation** : (Veuillez souligner ce qui convient)  
Je soussigné, médecin traitant, confirme l'exactitude de la présente déclaration (Pos. 1-7)  
Est-ce qu'une hospitalisation ou le séjour dans un foyer ou cure, est nécessaire ? Oui / Non

Observations éventuelles :

Date : ..... Signature du médecin traitant : .....