

Questionnaire relatif à l'incapacité de gain

INFORMATIONS CLIENT ET RÉFÉRENCES BANCAIRES DE LA PERSONNE EN INCAPACITÉ DE GAIN

Nom	Prénom
Date de naissance	N° de police
N° AVS	
Adresse	NPA, localité
Adresse	
NPA, localité	
Tél. Privé	Tél. Bureau
IBAN (banque/post)	T. du compte
Nom de la banque	NPA, localité

RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAITEMENT MÉDICAL (POUR LES HÔPITAUX, INDIQUER LE SERVICE)

À remplir en cas de MALADIE

De quelle maladie souffrez-vous?

Nature de vos problèmes de santé

Avez-vous déjà souffert de cette maladie autrefois

non oui Quand?

À remplir en cas D'ACCIDENT

Date et l'heure de l'accident

Où l'accident s'est-il passé?

Origine et déroulement

Nature de vos blessures

Quel médecin avez-vous consulté en premier, en raison de vos problèmes de santé actuels?

Nom et adresse

Quand le traitement
a-t-il commencé?

Chez quel médecin êtes-vous actuellement suivi ou en traitement?

Nom et adresse

Autres médecins consultés pour cette blessure ou cette maladie?

Nom et adresse

Médecin de famille

Nom et adresse

RENSEIGNEMENTS RELATIVES AUX MALADIES ET/OU ACCIDENTS ANTÉRIEURS

Avez-vous été malade ou accidenté au cours
des 5 dernières années?

non

oui

Si oui, quelles maladies et/ou accidents avez-vous eu?

Quand?

Souffrez-vous aujourd'hui encore de certains préjudices
de santé dus à ces maladies ou à des accidents?

non

oui

Quels médecins avez-vous consultés pour cela?

Nom et adresse

RENSEIGNEMENTS RELATIVES À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Profession apprise

Quelle activité professionnelle exercez-vous lorsque les problèmes de santé existants sont survenus?

Combien d'heures par semaine travailliez-vous avant que les problèmes de santé ne surviennent?

Nom et adresse de l'employeur

Quelle activité professionnelle exercez-vous aujourd'hui?

Nom et adresse de l'employeur

RENSEIGNEMENTS RELATIVES À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Combien d'heures par semaine travaillez-vous depuis que les problèmes de santé sont survenus?

Êtes-vous/avez-vous été au chômage? non oui

Votre contrat de travail a-t-il été résilié? non oui Si oui, précisez du _____ au _____

Êtes-vous indépendant? non oui du _____ au _____

Si oui, nombre d'employés _____

RENSEIGNEMENTS RELATIVES À L'INCAPACITÉ DE GAIN ET AU MAINTIEN DU PAIEMENT DU SALAIRE

Depuis quand n'êtes-vous plus, en raison de votre maladie ou de votre blessure, en l'état d'exercer votre ancienne activité?

Quelles activités ne pouvez-vous plus exercer dans votre domaine professionnelle?

Degré et durée de votre incapacité de gain?

% du _____ au _____

Y a-t-il maintien du paiement du salaire par l'employeur? non oui

Si oui, à

% du _____ au _____

% du _____ au _____

RENSEIGNEMENTS RELATIVES À LA COMPARAISON DES REVENUS

Votre incapacité de gain entraîne-t-elle une diminution des revenus de travail par rapport à autrefois? non oui

Si oui, dans une mesure de _____ % par mois depuis _____

_____ % par mois depuis _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES AUTRES COUVERTURES D'ASSURANCES

Auprès de quelles autres compagnies d'assurance sociales et / ou privées êtes-vous assuré à titre privé et / ou par votre employeur pour des prestations d'incapacité de travail / de gain et/ou d'invalidité (par ex. caisse maladie, SUVA, LAA, assurance accidents, indemnité journalière, vie, militaire, caisse de pension)?

Nom et adresse			
N° de police / N° AVS			
Nature des prestations			
Montant des prestations			
Durée des prestations			
Avez-vous déclaré votre incapacité de gain?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Percevez-vous déjà des prestations?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Depuis quand?			

Veuillez joindre une photocopie des éventuelles décisions / arrêts.

Nom	Prénom
Date de naissance	N° de police
Remarques / observations complémentaires	
Pièces jointes	

Merci de bien vouloir vérifier que vous avez répondu à toutes les questions de façon exacte et que les justificatifs nécessaires ont été joints. Si des faits ont été déclarés, dans le but d'induire l'assureur en erreur, dissimule ou déclare inexactement des faits qui auraient exclu ou restreint l'obligation, YOUPLUS Assurance SA peut refuser les prestations ou se dégager du contrat. (Art. 40 de la Loi sur le Contrat d'Assurance).

Information concernant le traitement de vos données

Afin d'examiner votre droit aux prestations YOUPLUS Assurance SA prendra directement contact auprès de tiers pour obtenir les informations requises. Cela concerne particulièrement les personnes et institutions, auprès desquelles vous avez été en traitement ou auprès desquels vous percevez des prestations en relation avec votre accident/maladie, ou auprès de toutes autres personnes pouvant apporter les renseignements nécessaires. YOUPLUS Assurance SA devra également communiquer des renseignements à ces personnes. De plus, les données seront également transmises aux réassurances et coassurances, ainsi qu'aux tiers auprès desquels YOUPLUS Assurance SA aura requis une partie de l'examen du droit aux prestations (par ex : médecin-conseil).

YOUPLUS Assurance SA ne pourra procéder aux demandes de renseignements nécessaires sans votre accord, requis ci-dessous. Un examen du droit aux prestations uniquement sur la base de vos déclarations est en général impossible et les prestations seront normalement refusées.

Déclaration de consentement

Par la présente, j'autorise YOUPLUS Assurance SA à demander les renseignements nécessaires et à prendre connaissance des dossiers auprès des instances officielles, hôpitaux, médecins, ainsi qu'auprès d'autres tiers à l'intérieur comme à l'extérieur du pays (par exemple assurances privés ou sociales comme l'AVS/AI ou les employeurs). Ces personnes sont expressément libérées du secret professionnel ou du secret médical et sont autorisées à donner accès aux dossiers et renseignements à YOUPLUS Assurance SA. Si des renseignements quant au début de la maladie ou à l'état de santé antérieur s'avèrent nécessaires, cette autorisation s'applique également avant la survenance de l'événement.

Lieu et date

Signature de l'assuré

Signature de l'ayant droit