

Déclaration de sinistre incapacite de travail



Generali Vie, Société anonyme au capital de 336 872 976 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris
Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris
Société appartenant au Groupe Generali immatriculé
sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

N° de contrat

N° de sinistre

Assuré(e)

M. Mme Nom Prénom

Date de naissance

Adresse

Code postal Ville

Commune de naissance

Profession exacte au moment du sinistre

Téléphone portable Adresse e-mail

Nom et adresse de votre médecin traitant

Circonstances de l'arrêt de travail

Date de l'arrêt de travail Date prévue de reprise du travail

Cause de l'arrêt de travail Maladie Accident Tentative de suicide

Grossesse pathologique Date présumée d'accouchement

Si maladie

De quelle(s) affection(s) s'agit-il ?

Dates des premiers troubles Date des premiers symptômes

Aviez-vous souffert dans le passé de cette maladie ? Oui Non À quelle(s) date(s) ?

Si accident

Date et lieu

Circonstances

* Y a-t-il eu enquête de police, de gendarmerie ? Oui N° du PV Non

Coordonnées de la Brigade qui a dressé le constat

Y a-t-il eu des articles de presse ? Oui Non

Si Oui, joindre les documents en votre possession.

Tiers responsable Oui Non

M. Mme Nom Prénom

Adresse

Code postal Ville

Si autres causes

Date et lieu

Y a-t-il eu enquête de police, de gendarmerie ? Oui N° du PV Non

Coordonnées de la Brigade qui a dressé le constat

Y a-t-il eu des articles de presse ? Oui Non

Si Oui, joindre les documents en votre possession.

Ce document fait partie intégrante d'un ensemble de 2 pages.

Le présent certificat doit être envoyé à :
Generali - Indemnisation Prévoyance Individuelle - À l'attention du Médecin-Conseil -
TSA 60006 - 75447 Paris Cedex 09



* 0 1 0 0 6 *

