

Traitement des prestations d'indemnités journalières en cas de maladie – preneur d'assurance

Version 2023-04

La présente fiche contient des informations destinées aux preneurs d'assurance concernant le traitement des prestations de l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie d'elipsLife. Vous trouverez des informations détaillées à ce sujet dans les Conditions générales d'assurance (CGA) et les Conditions particulières (CP). L'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie est basée sur la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).

Assureur

L'assureur est Elips Life SA, dont le siège est à Ruggell. Toutes les tâches administratives de la compagnie d'assurance sont effectuées par la branche de Zurich. Votre contact pour les cas de prestations:

elipsLife
Claims Management
Thurgauerstrasse 54, 8050 Zurich
Tél. +41 44 215 45 40
claims.ch@elipslife.com

Déclaration d'un cas de maladie

Au plus tard 30 jours après la date de début de la maladie ou de l'incapacité de travail de la personne assurée, le preneur d'assurance informe elipsLife. Une déclaration de la maladie dans les délais est importante car elipsLife élabore des solutions à long terme et vérifie régulièrement l'opportunité et le type des mesures à prendre afin de diminuer le dommage, comme par exemple implication du Case Management ou examen médical auprès du médecin-conseil. Ainsi, notre service qualifié Claims Management contacte en principe vos collaborateurs par téléphone après la déclaration. Notre objectif est d'obtenir directement auprès d'eux, le plus rapidement et simplement possible, des informations utiles et spécifiques au cas à gérer et de clarifier les questions et demandes personnelles. Vous pouvez ici nous aider de manière optimale en indiquant le numéro de téléphone et l'adresse e-mail de vos collaborateurs sur la déclaration de sinistre.

Pour la déclaration d'un cas de maladie, elipsLife a besoin d'une déclaration de sinistre (électronique ou par écrit) ainsi que d'un certificat médical/d'une carte de contrôle. Pour faciliter l'échange de données et l'enregistrement des déclarations de sinistre, elipsLife met à la disposition du preneur d'assurance les outils gratuits suivants:

- Sunet*plus* pour moyennes et grandes entreprises avec plus de 20 déclarations de sinistre par année:
<http://www.bbtsoftware.ch/de/support/sunetplus/downloads.html>
- BBT*Claims* pour petites et moyennes entreprises avec 20 déclarations de sinistre par année au maximum:
<https://www.elipslifesunet.com/bbtClaims>

Après réception de la déclaration du cas de maladie, la confirmation du numéro de sinistre est envoyée directement par e-mail au preneur d'assurance. Les documents manquants ou incomplets sont exigés ultérieurement. Les coordonnées de l'interlocuteur responsable peuvent être communiquées à elipsLife à l'adresse suivante claims.ch@elipslife.com ou directement sur la déclaration de sinistre.

Documentation médicale

elipsLife transmet un questionnaire médical au médecin traitant. En cas de prise en charge des prestations, elipsLife exige les documents médicaux actuels auprès du médecin traitant à intervalles réguliers.

Contrôle des prestations

Dès réception du rapport médical, elipsLife procède au contrôle de la prise en charge des prestations. L'acceptation d'un cas est confirmée par le paiement de l'indemnité journalière. En cas de refus du cas, le preneur d'assurance est informé par écrit.

En cas d'incapacité de travail présentant des éléments peu clairs, elipsLife se réserve le droit de mettre en place des mesures ciblées afin de clarifier le droit aux prestations.

Indemnités journalières

En cas d'incapacité de travail liée à un cas de maladie, elipsLife fournit des prestations d'indemnités journalières s'élevant à 80/90% du salaire assuré à l'expiration du délai d'attente convenu. Le premier versement des prestations d'indemnités journalières est effectué dès réception par elipsLife du rapport médical. Les prestations d'indemnités journalières sont versées au preneur d'assurance sur une base régulière, par personne assurée, conformément au certificat médical/à la carte de contrôle, en règle générale entre le 20 et le 30 du mois.

Afin qu'elipsLife soit en mesure de verser les prestations, elle a besoin des coordonnées bancaires du preneur d'assurance, qui peuvent être annoncées à l'adresse e-mail suivante: account.ch@elipslife.com

Déclaration AI

En cas de prolongation d'une incapacité de travail au-delà de quatre mois, un contrôle des prestations par l'assurance-invalidité fédérale est nécessaire. Après une incapacité de travail d'une durée d'environ 120 jours, elipsLife transmet la déclaration AI à la personne assurée et en informe le preneur d'assurance.

Clôture du cas par le preneur d'assurance

Si l'incapacité de travail a pris fin, le preneur d'assurance est tenu d'en informer sans délai elipsLife.

La même chose s'applique en cas de résiliation des rapports de travail pendant l'incapacité de travail. Dans ce cas, le preneur d'assurance transmet également à elipsLife la date de départ exacte et les coordonnées bancaires de la personne assurée.

Clôture du cas par elipsLife

Environ trois à quatre mois à l'avance, elipsLife informe le preneur d'assurance du fait que la durée maximale des prestations, qui s'élève à 730 jours, est atteinte.

elipsLife communique sans délai au preneur d'assurance toute autre suspension des prestations.

**Informations pour la
personne assurée
en cas de maladie**

Sur www.elipsLife.com, vous pouvez télécharger des fiches de renseignement concernant le traitement des prestations d'indemnités journalières en cas de maladie et le passage dans l'assurance individuelle pour les personnes assurées.

elipsLife vous remercie pour votre confiance et souhaite bon rétablissement à vos collaborateurs en situation de maladie.