

Feuille informative

Passage de l'assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie à l'assurance individuelle

Droit de passage:

Tout assuré résidant en Suisse a le droit de passer dans l'assurance individuelle d'indemnité journalière en cas de maladie proposée par elipsLife lorsqu'il quitte le cercle des assurés relevant d'une assurance collective.

But de l'assurance individuelle:

Du fait de son passage dans l'assurance individuelle, l'assuré continue d'être couvert en cas de perte de salaire à la suite d'une maladie et peut couvrir de nouvelles maladies.

Délai:

Le droit de passage doit être exercé dans les 90 jours suivant l'expiration du contrat de travail ou la fin du paiement des prestations.

Etendue de la couverture d'assurance:

Sont applicables les conditions et tarifs de l'assurance individuelle valables au moment du passage. En cas de chômage, le délai de carence est porté à 30 jours.

Si la personne assurée souhaite une réduction du délai de carence, elle doit alors remplir une déclaration de santé sur la base de laquelle de nouvelles réserves pourront être émises.

Exclusion du droit de passage:

Il n'existe aucun droit de passage

- a) lorsqu'une personne assurée change d'emploi et passe dans l'assurance d'indemnité journalière en cas de maladie de son nouvel employeur;
- b) lorsque le preneur d'assurance a conclu un nouveau contrat d'assurance en faveur de ce cercle de personnes auprès d'un autre assureur et que ce dernier doit, sur la base d'un accord de libre passage, garantir le maintien de la couverture d'assurance;
- c) tant que des prestations sont allouées dans le cadre de la couverture prolongée du risque;
- d) lorsque la personne assurée prend sa retraite, au plus tard à l'âge de la retraite AVS;
- e) lorsque la personne assurée a son domicile à l'étranger;
- f) pendant la durée d'une couverture provisoire;
- g) après épuisement de la durée maximale des prestations de cette assurance.



Formulaire d'inscription: passage dans l'assurance individuelle d'indemnité journalière maladie

Données personnelles de la personne assurée:

Nom, prénom:	<input type="text"/>	Sexe:	<input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme
Rue, n°	<input type="text"/>	Date de naissance:	<input type="text"/>
NPA, localité:	<input type="text"/>	Téléphone:	<input type="text"/>
Banque / poste:	<input type="text"/>	N° PC/IBAN:	<input type="text"/>
NPA, localité:	<input type="text"/>	E-Mail adresse:	<input type="text"/>

Déclaration de la personne assurée:

Je suis intéressé à la continuation de l'assurance d'indemnité journalière en cas de maladie et je souhaite une offre sans engagement de ma part:

Je renonce à mon droit de pouvoir continuer la couverture d'assurance d'indemnité journalière en cas de maladie:

Questions complémentaires:

Etes-vous en capacité de travail ou de gain? Oui Non

Si non, percevez-vous des indemnités journalières en raison d'une incapacité de travail? Oui Non

Etes-vous au chômage (si oui, veuillez joindre le décompte de l'Office du chômage)? Oui Non

Avez-vous déjà un nouvel employeur? Oui Non

Si oui, depuis le (date):

Vous mettez-vous à votre propre compte? Oui Non

Si oui, le (date):

Par ma signature, j'atteste que j'ai été informé(e) de mon droit de passage dans l'assurance individuelle d'elipsLife. Je prends acte du fait que la couverture d'assurance relevant de l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie souscrite par mon ancien employeur s'éteint à l'expiration du contrat de travail. Je confirme également l'exactitude des informations mentionnées.

Lieu et date:	<input type="text"/>	Signature du proposant:	<input type="text"/>
---------------	----------------------	-------------------------	----------------------

Indications de l'employeur:

Raison sociale:	<input type="text"/>	N° de police:	<input type="text"/>
-----------------	----------------------	---------------	----------------------

Rue, n°:	<input type="text"/>	Date d'entrée dans l'entreprise:	<input type="text"/>
----------	----------------------	----------------------------------	----------------------

NPA, localité:	<input type="text"/>	Date de sortie de l'entreprise:	<input type="text"/>
----------------	----------------------	---------------------------------	----------------------

Interlocuteur:	<input type="text"/>	Salaire annuel:	CHF <input type="text"/>
----------------	----------------------	-----------------	--------------------------

Prestations (jusqu'ici):	<input type="text"/> % du salaire	Délai d'attente:	<input type="text"/> jours
--------------------------	-----------------------------------	------------------	----------------------------

Lieu et date:	<input type="text"/>	Signature de l'employeur:	<input type="text"/>
---------------	----------------------	---------------------------	----------------------

Veuillez retourner ce formulaire d'inscription dûment complété et signé à elipsLife.

