

Informations relatives à la protection des données, autorisation et déclaration de santé

Nom, prénom _____

Profession _____

Date de naissance ____ / ____ / _____ homme femme

Employeur _____

Caisse de pension _____

À partir d'un certain niveau de salaire, l'assurance complète des prestations surobligatoires dans l'institution de prévoyance requiert une estimation médicale individuelle des risques menée par Elips Life SA pour le compte de l'institution de prévoyance de votre employeur. Dans certains cas, en fonction du salaire assuré et des déclarations que vous avez effectuées, un examen médical est également nécessaire en plus de la déclaration de santé que vous avez remplie.

Par votre signature ci-après, vous donnez votre accord concernant le traitement de vos données par Elips Life SA et autorisez cette dernière à obtenir des données personnelles relatives à votre santé auprès d'instances tenues de garder le secret, comme les médecins, les hôpitaux et les autres assurances. Les présentes déclarations de consentement et de déliement du secret médical sont indispensables à l'examen relatif à l'acceptation. Sans ces documents, les prestations demandées ne pourront généralement pas être assurées respectivement seront assurées qu'au minimum légal.

Les informations concernent l'utilisation de vos données de santé et d'autres données protégées

- par Elips Life SA elle-même (voir point 1 ci-après);
- en cas de transmission à des instances en dehors d'Elips Life SA (voir point 2 ci-après);
- en relation avec la collecte d'informations auprès de tiers (voir point 3 ci-après).



1. Collecte, sauvegarde et utilisation par Elips Life SA des données de santé communiquées par vos soins

Elips Life SA réalise l'examen de l'état de santé pour le compte de l'institution de prévoyance établie par votre employeur aux fins de l'assurance conformément à la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle (LPP) ou à la loi sur la prévoyance professionnelle du personnel au Liechtenstein (Gesetz über die betriebliche Personalvorsorge, BPVG), ou pour le compte de l'institution de prévoyance à laquelle votre employeur est affilié.

Elips Life SA collecte, sauvegarde et utilise les données de santé communiquées par vos soins dans le cadre de l'examen de la proposition, dans la mesure où cela est indispensable pour l'évaluation des risques. Ces données comprennent des informations relatives à votre santé que nous recevons directement de votre part, ainsi que les informations que nous obtenons avec votre accord auprès de prestataires médicaux (médecins, hôpitaux, physiothérapeutes, etc.) et d'autres assurances (assurances-invalidité, assurance-chômage, assurance militaire, institutions de prévoyance professionnelle, assurances privées, etc.). Nous utilisons ces informations pour évaluer les risques et, le cas échéant, dans le cadre d'un cas de prestation pour l'examen de notre obligation de fournir des prestations. Nous sauvegardons les données relatives à cet examen de la proposition de manière électronique et les effaçons à l'échéance de l'obligation d'archivage prescrite par la loi.

2. Transmission de vos données de santé et d'autres données protégées à des instances en dehors d'Elips Life SA

2.1. Transmission de données pour une expertise médicale

Pour évaluer les risques, le recours à un expert médical peut s'avérer nécessaire. Par votre signature ci-après, vous donnez votre accord concernant la transmission de vos données de santé à des experts médicaux dans la mesure où cela est nécessaire dans le cadre de l'évaluation des risques et dans la mesure où ces données de santé sont utilisées par ces experts aux fins mentionnées, et ce, avec communication des résultats à Elips Life SA. En ce qui concerne vos données de santé et autres données protégées, vous déliez également du secret médical sur ce point les experts et les personnes travaillant pour Elips Life SA.

2.2. Délégation de tâches à d'autres instances (entreprises ou personnes)

Elips Life SA peut déléguer à des tiers certaines tâches telles que la gestion du contrat ou le traitement des cas de prestation pouvant rendre nécessaire la collecte, le traitement ou l'utilisation de vos données de santé. Il peut s'agir de sociétés du groupe liées à elle ou d'autres instances en Suisse ou à l'étranger. Vous trouverez une liste mise à jour des éventuels prestataires sur notre site Internet à l'adresse suivante: www.elipsLife.com

Par votre signature ci-après, vous donnez votre accord concernant la transmission de vos données de santé à ces instances dans la mesure où ces dernières collectent, traitent et utilisent ces données aux fins mentionnées et dans la même étendue que celle accordée à Elips Life SA.

2.3. Transmission de données à l'institution de prévoyance

L'institution de prévoyance établie par votre employeur ou à laquelle votre employeur est affilié a besoin de plusieurs informations concernant la décision relative à notre acceptation. C'est la raison pour laquelle les documents relatifs à l'évaluation des risques sont généralement également communiqués à l'institution de prévoyance concernée.

2.4. Transmission de données à des sociétés de réassurance et à des coassureurs

Pour garantir l'exécution de ses obligations, Elips Life SA a conclu des contrats avec des sociétés de réassurance, lesquelles prennent en charge le risque entièrement ou partiellement; elle peut aussi avoir prévu qu'un risque déterminé soit assuré conjointement avec un coassureur. Par ailleurs, il est possible que nous ayons recours aux compétences particulières de la société de réassurance en matière d'évaluation des risques, ainsi que pour l'appréciation des processus administratifs.

Pour que la société de réassurance et un éventuel coassureur puissent se faire leur propre idée de l'évaluation des risques, il est possible que nous soumettions des documents relatifs à l'évaluation des risques à la société de réassurance ou au coassureur. C'est notamment le cas lorsque la somme des prestations à assurer est particulièrement élevée.

Par votre signature ci-après, vous donnez votre accord concernant la transmission de vos données de santé à des sociétés de réassurance et à d'éventuels coassureurs ainsi que leur utilisation par ces instances dans la mesure où cela est indispensable aux fins mentionnées.



2.5. Transmission de données à votre employeur ou à son courtier en assurances

elipsLife ne transmet pas d'informations sur votre diagnostic à votre employeur ni à son courtier en assurances. Dans la mesure où cela est nécessaire pour l'exécution du contrat d'assurance conclu avec votre employeur, celui-ci peut toutefois obtenir des informations sur l'admission dans l'institution de prévoyance et éventuellement sur les conditions requises.

3. Recueil de données de santé auprès de tiers

Pour évaluer les risques, le recueil d'informations auprès d'instances disposant de vos données de santé, telles que des médecins, des hôpitaux ou d'autres assurances, peut s'avérer nécessaire. En général, la demande de ces informations implique également la communication de données personnelles à ces instances. Nous ne vous informerons pas séparément quant à l'obtention d'informations auprès de tiers dans le cadre de l'évaluation des risques. Vous pouvez cependant à tout moment demander des renseignements quant aux données que nous traitons à votre sujet. Pour ce faire, veuillez-vous adresser au responsable compétent à ce sujet.

Le recueil des données a lieu uniquement auprès d'instances qui disposent d'informations pertinentes pour l'évaluation des risques et uniquement dans la mesure nécessaire à l'évaluation des risques. À cet effet, nous avons besoin de votre consentement, y compris du déliement du secret médical pour ces instances, au cas où une transmission des données de santé ou d'autres informations protégées s'avérerait nécessaire dans le cadre de ces demandes.



Consentement:

Je prends acte du traitement des données tel que mentionné aux points 1 à 3 ci-dessus et déclare y consentir. J'autorise également Elips Life SA à collecter, dans la mesure où cela est nécessaire pour l'évaluation des risques, mes données de santé et à les utiliser à cette fin, et ce, auprès des instances et des personnes suivantes:

- Experts (médicaux) externes
- Membres du corps médical et leurs auxiliaires
- Employeur
- Assureurs sociaux (offices AI, assureurs LAA, caisses de compensation AVS, assureurs-maladie, caisses de chômage, etc.)
- Institutions de prévoyance professionnelle
- Autres assurances privées impliquées
- Autorités judiciaires et administratives

Je libère les personnes susmentionnées ainsi que les collaborateurs des organismes cités de leur obligation de garder le secret. En outre, je consens à ce que, dans ce contexte, et dans la mesure où cela est nécessaire, mes données de santé soient transmises par Elips Life SA à ces instances et libère également sur ce point les personnes travaillant pour Elips Life SA de leur obligation de garder le secret.



Lieu, date

Prénom, nom

Signature de la personne assurée

Merci d'envoyer l'autorisation datée et signée à :

Elips Life SA
Thurgauerstrasse 54
8050 Zürich

Elips Life SA (ci-après «elipsLife») a son siège à Vaduz. Toutes les assurances couvrant les conséquences financières découlant de maladies ou d'accidents sont proposées sous la marque elipsLife. La prévoyance professionnelle et la prévoyance privée en cas de décès et d'invalidité constituent les prestations principales. elipsLife prend la protection des données très au sérieux et veille à toujours manipuler vos données avec le soin nécessaire. Pour toute question à ce sujet, vous pouvez vous adresser au responsable de la protection des données d'elipsLife. Vous trouverez des informations complémentaires au sujet de la protection des données chez elipsLife en cliquant sur www.elipslife.com/fr/che/Legal. Vous pouvez à tout moment demander des renseignements quant aux données que nous traitons à votre sujet et réclamer que celles-ci soient corrigées ou effacées ou que leur traitement soit limité. Veuillez adresser toute demande en ce sens par courrier ou par e-mail au responsable de la protection des données à l'adresse suivante:

Elips Life SA
Compliance
Gewerbeweg 15
9490 Vaduz
E-mail: compliance@elipsLife.com

Si les renseignements ne vous donnent pas satisfaction, vous avez la possibilité de vous adresser au service suivant:

Datenschutzstelle (DSS)
Städtle 38
Case postale 684
9490 Vaduz
info.dss@llv.li



Déclaration de santé

Veillez répondre correctement et de façon exhaustive aux questions relatives à votre santé. Des réponses incomplètes ou inexactes aux questions ci-après peuvent entraîner, en cas de maladie ou d'invalidité, une réduction des prestations de votre institution de prévoyance pendant toute la durée des prestations et leur limitation aux prestations minimales prescrites par la LPP ou la BPVG.

Nom, prénom _____ **Date de naissance** _____

1. Êtes-vous actuellement apte à travailler à 100%? oui non

Si non, veuillez indiquer le motif, la durée et le pourcentage de votre incapacité de travail: _____

2. Taille _____ cm Poids _____ kg

3. Avez-vous fumé au cours des trois dernières années ou consommé d'autres produits contenant du tabac ou de la nicotine? oui non

Si oui, veuillez indiquer ce que vous fumez et en quelle quantité _____

4. Consommation d'alcool (1 unité = 1 dl de vin, 3 dl de bière, 4 cl de spiritueux) ou d'autres substances addictives oui non

Si oui, combien d'unités par semaine _____

5. Avez-vous été en incapacité de travail pour des raisons de santé pendant plus de deux semaines au cours des douze mois écoulés? oui non

Si oui, quel en est le motif? Et la durée? _____

6a. Au cours des cinq dernières années, avez-vous été pris en charge dans un hôpital, un sanatorium ou un établissement de cure? Ou bien: un tel traitement hospitalier est-il prévu? oui non

6b. Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des cinq dernières années de maladies, de troubles ou d'affections physiques, psychiques ou mentales? Souffrez-vous des séquelles d'un accident, d'une maladie ou d'une infirmité (exemple: ankylose, amputation de membre, fixations osseuses, déficience visuelle ou auditive)? oui non

Si vous avez répondu oui à la question 6a et/ou 6b, veuillez compléter:

Type d'affection et de traitement	de	à	Médecin ou hôpital traitant (indiquer précisément l'adresse et le service)	Guérison sans séquelles
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

7. Avez-vous subi des examens n'ayant pas abouti à un résultat normal: par exemple radiographie, ECG, test du SIDA, examen d'urine ou sanguin, ou autres? oui non

Si oui, lesquels? Quel en a été le résultat? _____

8. Prenez-vous régulièrement des médicaments? Si vous prenez des hypotenseurs, veuillez indiquer la valeur obtenue lors de la dernière mesure. oui non

Si oui, lesquels? Motif? _____

Médecin traitant: _____

9. Votre proposition d'assurance a-t-elle été refusée ou acceptée à des conditions aggravées par une autre compagnie d'assurance (par exemple sous réserve, augmentation des primes, réduction de la durée d'assurance ou des prestations)? oui non

Si oui, type d'aggravation, quand, pour quel motif? _____

10. Actuellement et au début de l'assurance, percevez-vous ou avez-vous sollicité des prestations auprès de l'assurance-invalidité, de l'assurance militaire, d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident (veuillez joindre des copies des décisions y relatives)? oui non

Si oui, pour quel motif? _____

11. Quel médecin connaît le mieux vos antécédents médicaux? Veuillez indiquer plusieurs adresses si nécessaire:

Nom, adresse et numéro de téléphone: _____

Nom, adresse et numéro de téléphone: _____

Lieu, date _____

Signature de la personne assurée _____

