Situation économique

Indemnité journalière en cas de maladie (IJM)
Assurance-accidents complémentaire (LAAC)

Personne à assurée

Nom, prénom

Date de naissance ___ jour ___ mois _____ année Sexe ☐ masculin ☐ féminin

Employeur, entreprise Occupation

Veuillez répondre aux questions ci-après de manière complète et exacte. En cas de réponses incomplètes ou inexactes, Elips Life SA est en droit de résilier le contrat. Elips Life SA est en outre libérée de son oblgation de fournier des prestations si un sinistre a pu être entraîné parce que le preneur d'assurance a répondu de manière inexacte à une question.

Situation économique (à ne compléter que lorsqu'un salaire fixe* doit être assuré)

*** Explication:** la masse salariale annuelle fixe correspond au salaire AVS plus les frais d'acquisition du revenu, ceux-ci ne devant pas être supérieurs à 30% du salaire AVS. elipsLife se fonde en outre sur une valeur maximale de CHF 50 000 pour les frais d'acquisition du revenu. Conformément à l'art. 2.1.3 des CGA, l'obligation de l'assureur de fournir des prestations se limite au sinistre effectivement survenu.

Données sur le salaie AVS décompté par an pour les trois dernières années:

	2022	2023	2024
Salaire AVS décompté p. a.	CHF	CHF	CHF
Taux d'occupation	%	%	%

Pour les nouvelles entreprises, données sur le salaire AVS présumé par an CHF

Date de création Tag Monat Jahr

Données sur les frais d'acquisition par an CHF

Masse salariale annuelle fixe CHF demandée **CHF**

Bénéficiez-vous déjà d'une assurance d'indemnités journalieères en cas de maladie ou d'accident? ◯ oui ◯ non

Si oui:

Société	Durée	Type d'assurance	Somme
			CHF
			CHF
			CHF

Remarques:

Note: L'indemnité journalière est calclée à partir de la moyenne des salaires assujettis à l'AVS des trois dernières années, jusqu'à concurrence du salaire fixe assuré. En cas de prestation, les données susmentionnées seront vérifiées, et l'assureur pourra, si nécessaire, adapter ou refuser les prestations.

En cas de prestations, les données susmentionnées sont vérifiées et les prestations peuvent être adaptées ou refusées le cas échéant.

Déclaration

La personne assurée confirme avoir répondu aux questions concernant sa situation économique de manière complète et exacte.

Lieu, date

Signature de la personne à assurée

Déclaration de santé

Indemnité journalière en cas de maladie (IJM)
Assurance-accidents complémentaire (LAAC)

Personne à assurée

Nom, prénom

Date de naissance ___ jour ___ mois _____ année Sexe ☐ masculin ☐ féminin

Employeur, entreprise Occupation

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 ou consommé d'autres produits contenant du tabac ou de la nicotine (y compris e-cigarettes et snus) au cours des 3 dernières années ? ◯ oui ◯ **non**

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

4 Avez-vous consommé de l'alcool au cours des trois dernières années? ◯ oui ◯ non
(1 unité = 1dl de vin, 3dl de bière, 4cl de spiritueux)
Si oui, veuillez indiquer le nombre d'unités par semaine:

5 Au cours des 24 derniers mois, avez-vous été absent du travail - partiellement ou totalement - pour raisons de santé plus de deux semaines? ◯ 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 hositalier est-il prévu? ◯ oui ◯ non

6b Souffrez-vous ou avez-vous souffert ou cours des cinq dernières années de maladies, de troubles ou d'affections physiques, psychiques ou mentales? ◯ oui ◯ non

6b Souffrez-vous des séquelles d'un accident, d'une maladie ou d'une infirmité (exemple: ankylose, amputation de membre, fixations osseueses, défience viuelle ou aditive)? ◯ oui ◯ non

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

Type d'affection et de traitement	de	à	Médecin ou hôpital traitant (l'adresse et le service)	Guérison sans séquelles
				◯ oui ◯ non
				◯ oui ◯ non
				◯ oui ◯ non

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

Si ou, lesquels? Résultats?

8 Prenez-vous régulièrement des médicaments? Si vous prenez des hypotenseurs, indiquer la dernière mesure. ◯ oui ◯ non

Si oui, lesquels? Motif?

Médecin traitant:

9 Votre demande d'admission a-t-elle été refusée, reportée ou acceptée à des conditions aggravées par une autre société d'assurance (augmentation des primes, réduction de la durée d'assurance ou des prestations)? ◯ oui ◯ non

Si oui, quand? 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, quand? Motif? _____

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

Nom, adresse et téléphone: _____

Nom, adresse et téléphone: _____

12 Avez-vous conclu un modèle Callmed auprès de votre assurance maladie? ○ oui ○ non

Si oui, auprès de quelle assurance maladie êtes-vous assuré(e)?

_____

13 Faites-vous du sport? ○ oui ○ non

Si oui, quelle(s) discipline(s)? _____

Déclaration

La personne assurée confirme avoir répondu aux questions concernant son état de santé et, le cas échéant, concernant sa situation économique de manière complète et exacte.

Lieu, date

Signature de la personne à assurée

Remarque importante

L'admission dans l'assurance se fait sans déclaration de santé jusqu'à la limite de salaire sans examen convenue par contrat. En soumettant une déclaration de santé, le salaire assurable peut être augmenté jusqu'au salaire maximal par personne et par an prévu par le contrat. elipsLife se réserve le droit de ne décider de l'augmentation du salaire assuré qu'après un examen médical. La partie dépassant la limite de salaire contractuelle jusqu'au salaire maximum n'est assurée que si elipsLife donne son accord. En cas de réponse incomplète ou non conforme à la vérité aux questions suivantes, elipsLife est libérée de son obligation de prestation si elle se désengage dans un délai de quatre semaines après avoir eu connaissance de la violation de l'obligation de déclaration. L'obligation de prestation jusqu'à la limite de salaire sans examen convenue contractuellement n'est pas concernée par cette restriction.

Société d'assurances

La société Elips Life SA, don't le siège est à Ruggell LI, est responsible de l'examen du risque, de la prise en charge du risque et de l'encaissement des primes ainsi que du contrôle et du versement des prestations d'assurance. L'adresse postale pour les questions administratives est Zurich:

Veuillez envoyer la proposition à:

CONFIDENTIEL
elipsLife
Account Management
Thurgauerstrasse 54
Case postale
CH-8050 Zurich

Téléphone +41 44 215 45 42
E-Mail: account.ch@elipsLife.com
Internet: www.elipsLife.com

Consentement en matière de protection des données et procuration

Indemnité journalière en cas de maladie (IJM)
Assurance-accidents complémentaire (LAAC)

Nom, prénom _____

Occupation _____

Date de naissance _____ / _____ / _____ ○ Homme ○ Femme

Employeur _____

Numéro AVS _____

En signant ci-après, vous consentez au traitement de vos données, notamment à la collecte d'informations sur votre état de santé et d'autres données sensibles, par Elips Life SA (ci-après «elipsLife») auprès de services tenus au secret, tels que les médecins, les hôpitaux et d'autres assurances. Ces déclarations de consentement et de levée de l'obligation de garder le secret sont indispensables à l'examen de votre état de santé. A défaut, les prestations demandées ne pourront généralement pas être assurées ou seront alors limitées au minimum légal.

L'information suivante concerne la gestion des données concernant votre état de santé et autres données sensibles:

• par elipsLife elle-même (ci-après au chiffre 1),
• en cas de communication à des services extérieurs à elipsLife (ci-après au chiffre 2),
• dans le cadre de la consultation de tiers (ci-après au chiffre 3).

1. Collecte, enregistrement, utilisation et suppression des informations sur votre état de santé par elipsLife

Dans la mesure où l'examen de votre état de santé le nécessite, elipsLife collecte, enregistre et utilise les données personnelles que vous avez communiquées dans ce cadre. Ces données comprennent des informations concernant votre santé ainsi que des informations qu'elipsLife obtient, avec votre consentement, auprès de fournisseurs de prestations médicales (médecins, hôpitaux, physiothérapeutes, etc.) et d'autres assureurs (assurances invalidité, assurance chômage, assurance militaire, institutions de prévoyance professionnelle, assurances privées, etc.). elipsLife utilise ces informations pour l'examen de votre état de santé et pour l'assurance qualité. Les données concernant cet examen de votre état de santé sont enregistrées électroniquement chez elipsLife puis supprimées à l'expiration de l'obligation légale d'archivage.

2. Communication des informations sur votre état de santé à des services extérieurs à elipsLife

2.1 Transmission pour expertise médicale

Il peut être nécessaire de faire appel à des experts médicaux pour l'examen de votre état de santé. Par votre signature ci-après, vous autorisez la transmission de vos données personnelles à des experts médicaux, dans la mesure où cela est nécessaire à l'examen de votre état de santé et tant que vos données sont utilisées uniquement à cette fin et jusqu'à ce que les résultats soient renvoyés à elipsLife. Les personnes travaillant pour elipsLife et les experts sont libérés de l'obligation de garder le secret concernant ces données.

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

ElipsLife peut déléguer à des tiers certaines tâches susceptibles d'entraîner la collecte, le traitement ou l'utilisation de vos données personnelles, telles que la gestion des contrats ou le traitement des cas de prestations. Les tiers en question peuvent être des sociétés liées du groupe ou d'autres services en Suisse ou dans l'Espace économique européen (EEE). D'après le Conseil fédéral, ces Etats garantissent une protection des données sûre et fiable.

ElipsLife peut également faire appel à des tiers pour la fourniture d'autres prestations. Vous en trouverez une liste actualisée sur Internet, à l'adresse www.elipslife.com/fr/che/Downloads. La liste des prestataire de services peut également être téléchargée directement sur www.elipslife.com/prestatairedeservices. En signant ci-après, vous acceptez que vos données soient transmises à ces services pour autant qu'ils collectent, traitent et utilisent vos données uniquement aux fins indiquées, comme elipsLife serait habilitée à le faire.

2.3 Transmission aux réassureurs et co-assureurs

Afin d'assurer le respect de ses propres obligations, elipsLife a conclu des contrats avec des réassureurs, qui prennent en charge la totalité ou une partie du risque, ou un risque particulier avec le concours d'un co-assureur. Par ailleurs, le réassureur peut mettre à profit son expertise pour aider elipsLife dans le cadre de l'examen de votre état de santé et de l'évaluation des procédures. Afin que le réassureur et un éventuel co-assureur puissent se faire une idée de l'examen de votre état de santé, il est possible qu'elipsLife leur remette les documents y relatifs. Il en est ainsi notamment lorsque les prestations à fournir atteignent des montants élevés.

Par votre signature ci-après, vous consentez au transfert de vos données aux réassureurs et aux éventuels co-assureurs, ainsi qu'à leur utilisation à condition que cela soit nécessaire aux fins précitées.

2.4 Transmission à votre employeur et à son courtier en assurances

ElipsLife ne transmet aucune information concernant votre diagnostic à votre employeur ou à son courtier en assurances. Toutefois, dans la mesure où cela est nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance avec votre employeur, ce dernier peut obtenir des informations sur l'admission dans l'institution de prévoyance et, le cas échéant, sur ses conditions.

3. Consultation de données personnelles auprès de tiers

Afin de procéder à l'examen de votre état de santé, il peut être nécessaire d'obtenir des informations auprès de services qui disposent de vos données de santé et d'autres données personnelles sensibles (p. ex. médecins, hôpitaux ou autres assurances). La consultation de ces informations présuppose généralement la communication de données personnelles auxdits services. Lorsqu'elle collecte des informations auprès de tiers dans le cadre de l'examen de votre état de santé, elipsLife ne vous en informe pas spécifiquement. En revanche, vous pouvez à tout moment demander quelles données vous concernant sont traitées. Pour ce faire, veuillez vous adresser à votre interlocutrice ou interlocuteur attitré.

Seuls les services disposant d'informations pertinentes pour l'examen de votre état de santé sont consultés et uniquement dans la mesure où les renseignements demandés sont indispensables à cet effet. Pour cela, nous avons besoin de votre consentement, y compris concernant la levée du secret si des données sur votre état de santé ou d'autres données sensibles devaient être divulguées dans le cadre de ces consultations.

Consentement en matière de protection des données et procuration

Nom, prénom _____

Occupation _____

Date de naissance _____ / _____ / _____ ◯ Homme ◯ Femme

Employeur _____

Numéro AVS _____

J'ai pris connaissance du traitement des données mentionné aux chiffres 1 à 3 ci-dessus et j'y consens. Je consens également à ce qu'Elips Life SA (ci-après «elipsLife») collecte mes données personnelles auprès des personnes et services suivants dans la mesure nécessaire à **l'examen de votre état de santé** et les utilise à ces fins:

- experts (médicaux) externes;
- personnes exerçant une activité dans le domaine 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 administratives et judiciaires.

Je libère les personnes mentionnées et les collaborateurs et collaboratrices des institutions citées de leur obligation de garder le secret. Je consens également à ce que, dans ce contexte et dans la mesure du nécessaire, elipsLife transmette mes données personnelles à ces services, et je libère également les personnes actives pour elipsLife de leur obligation de garder le secret à cet égard.

➡

_____	_____	_____
Lieu, date	**Nom, prénom**	**Signature de la personne assurée**

Veuillez envoyer la procuration datée et signée à:
Elips Life SA
Account Management
Thurgauerstrasse 54
CH-8050 Zurich
E-mail: account.ch@elipsLife.com

Elips Life SA (ci-après «elipsLife») a son siège principal à Ruggell. Sous la marque elipsLife, elle propose toutes les assurances couvrant les conséquences financières de maladies et d'accidents. La prévoyance professionnelle et privée en cas de décès et d'invalidité figure au premier plan. La protection des données est une priorité pour elipsLife, qui traite vos données avec tout le soin requis. Si vous avez des questions à ce sujet, n'hésitez pas à les adresser au conseiller à la protection des données d'elipsLife. Vous trouverez de plus amples informations sur la protection des données d'elipsLife à l'adresse https://www.elipslife.com/fr/che/Legal. A tout moment, vous pouvez vous renseigner sur les données vous concernant qui font l'objet d'un traitement, demander leur rectification, leur suppression ou la limitation de leur traitement. Vous pouvez aussi révoquer à tout moment votre consentement au traitement de vos données personnelles. Toutefois, en règle générale, une telle révocation rend impossible la fourniture de prestations. Veuillez adresser toute demande en ce sens à Elips Life SA, Compliance, Industriestrasse 56, 9491 Ruggell ou envoyer un e-mail à l'adresse compliance@elipsLife.com.

Si les renseignements reçus ne vous satisfont pas, vous pouvez vous adresser au Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence (PFPDT), Feldeggweg 1, 3003 Berne (e-mail: info@edoeb.admin.ch) ou à l'organe de protection des données de la Principauté de Liechtenstein [*Datenschutzstelle, DSS*], Städtle 38, Case postale 684, LI-9490 Vaduz (e-mail: info.dss@llv.li).