Déclaration de santé Helsana Business Salary/Accident

○ Nouvelle conclusion		Entreprise	
○ Modifications d'assurance		NPA, lieu	
N° de contrat		Début	Groupe de personnes
Personne à assurer		Nom, prénom	
○ masculin	○ féminin	Adresse privée, rue n°	
Date de naissance		NPA, lieu	
Revenu à assurer		CHF	par année
Couverture d'assurance souhaitée		○ Maladie ○ Accident	(N° d'assurance sociale AVS)

La personne à assurer/son représentant légal doit répondre à chacune des questions suivantes personnellement. Elle/son représentant légal envoie ensuite la déclaration dûment remplie dans une enveloppe scellée à l'attention du service d'examen du risque de l'agence générale d'Helsana susmentionnée.

1. Avez-vous conclu d'autres assurances pour la perte de gain (indemnités journalières) en cas d'incapacité de travail ? Si oui : ○ Oui ○ Non

Assureur (autre que SUVA/LAA)		Montant in CHF			
	○ Accident ○ Maladie		○ par jour	○ mensuel	○ annuel
	○ Accident ○ Maladie		○ par jour	○ mensuel	○ annuel

Questions relatives à la couverture maladie et accidents

2. a) Activité exercée dans l'entreprise susmentionnée — Laquelle ?

Horaire de travail — Nbre d'heures par semaine — Revenu CHF ○ mensuel ○ annuel

b) Autre(s) activité(s) lucrative(s) / autres sources de revenu — La(les)quelle(s)?

3. a) Êtes-vous actuellement en incapacité de travail/gain et/ou une incapacité de travail totale ou partielle est-elle prévisible ? ○ Oui ○ Non

Si oui, degré d'incapacité de travail/gain : %

b) Au cours des 5 dernières années, avez-vous dû interrompre votre activité (y compris travail, tâches ménagères ou formation) pendant plus de 3 semaines de travail consécutives ? ○ Oui ○ Non

Si oui, veuillez compléter la question 10.

c) Êtes-vous atteint(e) d'une invalidité ou d'une infirmité congénitale et/ou percevez-vous une rente ou des indemnités journalières ? (p. ex. AI, AM, SUVA/LAA ou autres assurances) ? ○ Oui ○ Non

Si oui, laquelle/ lesquelles ?

Depuis quand ? Degré : %

4. Avez-vous au cours des 5 dernières années été victime d'un accident et/ ou avez-vous encore des séquelles et/ou des incapacités résultant d'un accident ? ○ Oui ○ Non

Si oui, veuillez compléter la question 10.

5. a) Buvez-vous ou avez-vous bu régulièrement (quotidiennement) de l'alcool au cours des 2 dernières années ? ○ Oui ○ Non

b) Êtes-vous fumeur ? Si oui, combien fumez-vous par jour ? Depuis quand ? ○ Oui ○ Non

c) Avez-vous déjà pris ou prenez-vous des drogues ? ○ Oui ○ Non

Si oui, lesquelles ?

À quelle fréquence ? du au

Suite à la page suivante

Nom, prénom **Date de naissance**

6. Avez-vous pris ou prenez-vous régulièrement (quotidiennement, de manière hebdomadaire, pendant plus de trois semaines) des médicaments* au cours des 5 dernières années ? Si oui, quel médicament ? (désignation exacte)

* à l'exception de la pilule contraceptive

○ Oui ○ Non

Si oui, lesquels ?

du au

7. Constitution physique (veuillez indiquer des valeurs précises, pas d'estimation).

Taille (cm) Poids (kg)

Questions relatives à la couverture maladie

(Ne s'applique pas lorsque le proposant souhaite conclure uniquement la couverture accident.)

8. a) Êtes-vous actuellement traité(e) ou suivi(e) par un médecin, naturopathe, thérapeute, etc. ou cela est-il prévu ?

○ Oui ○ Non

Si oui, pourquoi ?

b) Vous a-t-on recommandé de vous soumettre à un examen médical, lequel n'a pas été effectué par la suite ?

○ Oui ○ Non

Si oui, pourquoi ?

9. Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi un traitement/ contrôle/examen ambulatoire ou stationnaire dispensé par un médecin, un naturopathe ou un thérapeute pour une affection physique ou psychiatrique ?

Par exemple pour une maladie ou affection :

a) du système respiratoire ?	○ Oui	○ Non
b) cardiovasculaire ou du système circulatoire ?	○ Oui	○ Non
c) du système nerveux ou maladies psychiatriques ?	○ Oui	○ Non
d) du système digestif ?	○ Oui	○ Non
e) des voies urinaires ou des organes génitaux ?	○ Oui	○ Non
f) de la peau ou allergies ?	○ Oui	○ Non
g) des muscles, des os, des articulations, de la colonne vertébrale ?	○ Oui	○ Non
h) du métabolisme ou maladies endocrines ?	○ Oui	○ Non
i) du sang ou maladies infectieuses ?	○ Oui	○ Non
j) des organes des sens (yeux, oreilles, nez) ?	○ Oui	○ Non
k) affections tumorales ?	○ Oui	○ Non
l) d'une autre maladie, infirmité ou malformation non indiquée précédemment ?	○ Oui	○ Non

Si vous avez répondu par « oui » à l'une des questions, veuillez compléter la question 10.

10. Informations complémentaires (maladie et accident)

Si vous avez répondu par «oui» aux questions 3b), 4 ou 9, veuillez décrire la situation en détail.

Question	Type de maladie / trouble (diagnostic) ou de l'accident / partie du corps blessée. / des douleurs ou événement / motif de l'incapacité de travail	Date du – au	Nom et adresse du médecin / naturopathe / thérapeute / hôpital	guéri sans suite
				○ Oui ○ Non
				○ Oui ○ Non
				○ Oui ○ Non

Suite à la page suivante

2603_Form_Word_GD_BusinessSalary_Accident_FR

Nom, prénom **Date de naissance**

11. Nom et adresse du médecin le plus à même de fournir des renseignements sur votre état de santé.

Nom

Rue, N°

NPA, lieu

« Je confirme avoir répondu de manière exhaustive et véridique aux questions précédentes. Les indications incomplètes ou erronées sont considérées comme une réticence**. En conséquence, une résiliation du contrat ou une exclusion de prestations peut être prononcée. »

Dans le cas où mon conseiller ou ma conseillère en assurance aurait complété la proposition pour moi sur place, je confirme également avoir vérifié ses indications et que celles-ci sont exhaustives et véridiques.

En soumettant la proposition, je délie les fournisseurs de prestations, les autres assureurs sociaux et maladie, les médecins-conseils et les autres services compétents de leur obligation légale ou contractuelle de garder le secret vis-à-vis du Groupe Helsana (Helsana Assurances SA, Helsana Assurances complémentaires SA et Helsana Accidents SA) et je les autorise à fournir les renseignements nécessaires en lien avec l'assurance sollicitée, en particulier des données de santé et de solvabilité (pour l'examen du risque et pour la vérification de la réticence**).
Par la présente, j'autorise le Groupe Helsana à consulter l'éventuel dossier d'assurance-maladie de l'assurance indemnités journalières maladie au titre de la LAMal ou de la LCA, de l'assurance de base au titre de la LAMal et/ou de l'assurance-maladie complémentaire au titre de la LCA et à éditer ce dossier.

Toutes les données reçues sont traitées par le Groupe Helsana (case postale 8081 Zurich) aux fins de l'examen du risque, de la conclusion du contrat et de la vérification de la réticence**.

Vous trouverez des informations complémentaires au sujet de la protection des données dans notre déclaration sur helsana.ch/protection-des-donnees.

** Il y a notamment réticence, lorsque je donne des indications incomplètes ou erronées dans la déclaration de santé. »

Lieu et date	Signature du proposant/de son représentant légal	Signature du conseiller éventuel