# Dichiarazione sullo stato di salute Helsana Business Salary/Accident

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ Nuova stipulazione | | Ditta | |
| ○ Modifica assicurativa | | NPA, località | |
| **Contratto n.** | | Inizio | Gruppo di persone |
| **Persona d'assicurare** | | Cognome, nome | |
| ○ Uomo | ○ Donna | Indirizzo privato, via, n. | |
| Data di nascita | | NPA, località | |
| Reddito da assicurare | | CHF | all'anno |
| Copertura assicurativa richiesta | ○ Malattia ○ Infortuno | N. di sicurezza sociale (AVS) | |

La persona da assicurare o il suo rappresentante legale deve rispondere personalmente ad ognuna delle domande seguenti. La persona da assicurare può inviare il formulario debitamente compilato in una busta chiusa all'Agenzia generale di Helsana summenzionata all'attenzione dell'ufficio addetto all'esame del rischio medico.

**1.** Sussistono altre assicurazioni per la perdita di salario in caso di incapacità al lavoro (indennità giornaliera)? In caso affermativo: ○ Sì ○ No

| Assicuratore (eccetto SUVA/LAINF) | | Ammontare in CHF | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | ○ Infortunio ○ Malattia | | ○ al giorno | ○ mensile | ○ annuo |
| | ○ Infortunio ○ Malattia | | ○ al giorno | ○ mensile | ○ annuo |

**Domande sulla copertura in caso di malattia e infortunio**

**2.** a) Attività nella ditta summenzionata — Quale/i?

Ore di lavoro — Ore/settimana — Reddito CHF ○ mensile ○ annuo

b) Altra/e attività lavorativa/e / altre fonti di reddito — Quale/i?

**3.** a) È attualmente inabile al lavoro / al guadagno e/o è prevedibile un'incapacità lavorativa totale o parziale? ○ Sì ○ No

Sì, grado dell'incapacità al lavoro/al guadagno: %

b) Negli ultimi 5 anni, ha mai dovuto interrompere per più di 3 settimane lavorative consecutive la sua attività (incluse avoro / lavoro casalingo /formazione)? ○ Sì ○ No

Sì, compilare la domanda 10.

c) Ha un'invalidità o un'infermità congenita e/o percepisce una rendita o un'indennità giornaliera? (ad es. da AI, AM, SUVA/LAINF o altre assicurazioni) ○ Sì ○ No

Sì, quale?

Da quando? Grado: %

**4.** Ha subito infortuni negli ultimi 5 anni e/o esistono ancora delle conseguenze e/o infermità derivanti da un infortunio? ○ Sì ○ No

Sì, compilare la domanda 10.

**5.** a) Beve o ha bevuto alcolici regolarmente (quotidianamente) negli ultimi 2 anni? ○ Sì ○ No

b) È fumatore? In caso affermativo, quanto fuma al giorno? Da quando? ○ Sì ○ No

c) Consuma o ha consumato stupefacenti? ○ Sì ○ No

Sì, quale/i?

Con quale frequenza da al

2603_Form_Word_GD_BusinessSalary_Accident_IT

Continuazione a tergo

**6.** Assume/ assunto regolarmente (quotidianamente/settimanalmente, per più di tre settimane) medicamenti* negli ultimi 5 anni? In caso affermativo, quale medicamento? (denominazione esatta)
* eccetto pillole anticoncezionali

○ Sì ○ No

Sì, quale?

dal al

**7.** Costituzione fisica (si prega di indicare valori precisi, non approssimativi).

Altezza (cm) Peso (kg)

**Domande sulla copertura in caso di malattia** (Non rispondere se è richiesta solo una copertura in caso di infortunio.)

**8.** a) Al momento lei è in cura medica, sta effettuando controlli (medico, naturopata, terapista, ecc.) o ne sono previsti?

○ Sì ○ No

Sì, perché?

b) Le è mai stato consigliato di sottoporsi ad una visita medica o ad un accertamento medico che però lei non ha effettuato?

○ Sì ○ No

Sì, perché?

**9.** Negli ultimi 5 anni sono stati eseguiti in ambito ambulatoriale o ospedaliero trattamenti/visite/ controlli medici o naturopatici oppure una terapia in seguito a disturbi fisici o psichici?

Ad esempio a causa di malattia/disturbo:

| | | |
|---|---|---|
| a) delle vie respiratorie o degli organi respiratori? | ○ Sì | ○ No |
| b) del cuore, dei vasi sanguigni o del sistema cardiocircolatorio? | ○ Sì | ○ No |
| c) del sistema nervoso o della psiche? | ○ Sì | ○ No |
| d) degli organi della digestione? | ○ Sì | ○ No |
| e) degli organi urinari o genitali? | ○ Sì | ○ No |
| f) della pelle o allergie? | ○ Sì | ○ No |
| g) dei muscoli, delle ossa, delle articolazioni o della colonna vertebrale? | ○ Sì | ○ No |
| h) del metabolismo o delle ghiandole? | ○ Sì | ○ No |
| i) del sangue o malattie infettive? | ○ Sì | ○ No |
| j) degli organi sensoriali (occhi, orecchie, naso)? | ○ Sì | ○ No |
| k) tumorale? | ○ Sì | ○ No |
| l) altra malattia, infermità o malformazione? | ○ Sì | ○ No |

Se risponde affermativamente almeno a una domanda, fornisca una descrizione nella domanda 10.

**10. Ulteriori dati (malattia e infortunio)**

Se ha risposto con «Sì» ad una o più delle domande al punto 3b), 4 o 9, descriva qui di seguito la diagnosi esatta.

| Domanda | Tipo di malattia/disturbo (diagnosi), di infortunio, parte del corpo lesionata, o risultato/motivo alla base dell'incapacità al lavoro | Date dal – al | Nome e indirizzo del medico/del naturopata/del terapista curante/dell'ospedale | Guarito senza conseguenze |
|---|---|---|---|---|
| | | | | ○ Sì ○ No |
| | | | | ○ Sì ○ No |
| | | | | ○ Sì ○ No |

Continuazione a tergo



2603_Form_Word_GD_BusinessSalary_Accident_IT

**Cognome, Nome** **Data di nascita**

**11.** Nome e indirizzo del medico che in grado di fornire le migliori informazioni sul suo stato di salute

Nome

Via, n.

NPA, località

"Confermo di avere risposto alle domande di cui sopra in modo veritiero e completo. Eventuali informazioni incomplete o non veritiere costituiscono reticenza**. Come conseguenza può essere disposta una disdetta del contratto o un'esclusione di prestazioni."

Qualora la proposta sia stata compilata sul posto per me dalla mia/dal mio consulente assicurativa/o, confermo altresì di aver controllato i dati da lei/lui inseriti e che questi sono completi e veritieri.

Con l'inoltro della proposta esonero i fornitori di prestazioni, altri assicuratori malattia e sociali, i medici di fiducia e gli altri uffici competenti dal loro obbligo del segreto legale o contrattuale nei confronti del gruppo Helsana (Helsana Assicurazioni SA, Helsana Assicurazioni integrative SA e Helsana Infortuni SA) e li autorizzo a fornire le informazioni necessarie in relazione all'assicurazione richiesta, in particolare i dati relativi alla salute e alla solvibilità (per l'esame del rischio e l'accertamento di una possibile reticenza**).
Con la presente autorizzo il gruppo Helsana a prendere visione e a trattare l'eventuale dossier dell'assicurazione malattia esistente nell'ambito dell'assicurazione d'indennità giornaliera di malattia ai sensi della LAMal o della LCA, dell'assicurazione di base ai sensi della LAMal e/o dell'assicurazione integrativa di malattia ai sensi della LCA.

Tutti i dati ricevuti vengono trattati dal gruppo Helsana (casella postale, 8081 Zurigo) ai fini dell'esame del rischio e della stipula del contratto, nonché per l'accertamento di una possibile reticenza**.

Maggiori informazioni sulla protezione dei dati sono disponibili nella nostra dichiarazione sulla protezione dei dati consultabile su helsana.ch/protezione-dei-dati.

**Una reticenza sussiste in particolare se fornisco informazioni incomplete o non veritiere nella dichiarazione sullo stato di salute.»

| Luogo e data | Firma del proponente/del rappresentante legale | Firma dell'eventuale consulente |
|---|---|---|