

Déclaration de santé Helsana Business Salary/Accident

<input type="radio"/> Nouvelle conclusion	Entreprise
<input type="radio"/> Modifications d'assurance	NPA, lieu
N° de contrat	Début Groupe de personnes
Personne à assurer	Nom, prénom
<input type="radio"/> masculin <input type="radio"/> féminin	Adresse privée, rue n°
Date de naissance	NPA, lieu
Revenu à assurer	CHF par année
Couverture d'assurance souhaitée	<input type="radio"/> Maladie <input type="radio"/> 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) Oui Non en cas d'incapacité de travail? Si oui :

Assureur (autre que SUVA/LAA)	Montant in CHF
<input type="radio"/> Accident <input type="radio"/> Maladie	<input type="radio"/> par jour <input type="radio"/> mensuel <input type="radio"/> annuel
<input type="radio"/> Accident <input type="radio"/> Maladie	<input type="radio"/> par jour <input type="radio"/> mensuel <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> mensuel <input type="radio"/> annuel
--------------------	---------------------------	------------	--

b) Activité lucrative exercée antérieurement/chômage Laquelle ?

Horaire de travail	Nbre d'heures par semaine	Revenu CHF	<input type="radio"/> mensuel <input type="radio"/> annuel
--------------------	---------------------------	------------	--

c) Autre(s) activité(s) lucrative(s) La(les)quelle(s) ?

Horaire de travail	Nbre d'heures par semaine	Revenu CHF	<input type="radio"/> mensuel <input type="radio"/> annuel
--------------------	---------------------------	------------	--

d) Faites-vous du sport ? Oui Non

Si oui, quel(s) genre(s) ?

e) Êtes-vous exposé(e) à des dangers* particuliers dans vos loisirs ou faites-vous du sport de compétition ? *p. ex. moto, deltaplane, parapente, saut en parachute, alpinisme, canyoning Oui Non

Si oui, lesquels ?

3. a) Êtes-vous actuellement en incapacité de travail/gain ? Oui Non

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

b) Avez-vous dû durant les 5 dernières années interrompre votre activité (travail, travaux domestiques, formation) pendant plus de 3 semaines sans interruption ? Oui Non

Si oui, veuillez compléter la question 11.

c) Êtes-vous atteint(e) d'une invalidité ou d'une infirmité congénitale et/ou percevez-vous une rente ou des indemnités journalières ? Oui Non

(p. ex. AI, AM, SUVA/LAA ou autres assurances) ?

Si oui, laquelle/les-quelles ?

Depuis quand ? Degré : %

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

Si oui, veuillez compléter la question 11.

5. Êtes-vous infecté(e) par le HIV ? Oui Non

6. a) Buvez-vous/buviez-vous de l'alcool régulièrement* ? * plus de 0,5 l de vin, 1 l de bière ou 1,5 dl de spiritueux par jour Oui Non

b) Fumez-vous plus de 20 cigarettes, 6 cigares ou 4 pipes par jour ? Oui Non

Nom	Prénom	Date de naissance
-----	--------	-------------------

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

Si oui, lesquelles ? _____

À quelle fréquence _____ du _____ au _____

7. Au cours des 10 dernières années, avez-vous pris ou prenez-vous régulièrement des médicaments* ou des médicaments vous ont-ils été prescrits ? *à l'exception de la pilule contraceptive ? Oui Non

Si oui, lesquels ? _____

_____ du _____ au _____

8. Stature Taille (cm) Poids (kg)

Questions relatives à la couverture maladie

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

9. 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 ? _____

10. Au cours des 10 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

Si vous avez répondu par « oui » à l'une des questions, veuillez compléter la question 11. l) d'une autre maladie, infirmité ou malformation non indiquée précédemment ? Oui Non

11. Informations complémentaires (maladie et accident)

Si vous avez répondu par «oui» aux questions 3b), 4 ou 10, veuillez décrire la situation en détail.

Question	Type de maladie / trouble (diagnostic) ou de l'accident / des douleurs ou événement / motif de l'incapacité de travail, traitement contrôle ou examen	Date du – au	Nom et adresse du médecin / naturopathe / thérapeute / hôpital	guéri sans suite
				<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
				<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
				<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Nom	NOME	Date de naissance
12. Nom et adresse du médecin qui connaît le mieux 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
--------------	--	----------------------------------