

## Déclaration de santé Helsana Business Salary/Accident

<input type="checkbox"/> Nouvelle conclusion	Entreprise
<input type="checkbox"/> Modification d'assurance	NPA, lieu
<b>N° de contrat</b>	Début <span style="float: right;">Groupe de personnes</span>
<b>Personne à assurer</b>	Nom, prénom
<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	Rue, N°
Date de naissance	NPA, lieu
Revenu à assurer	CHF <span style="float: right;">par année</span>
Couverture d'assurance souhaitée	<input type="checkbox"/> Maladie <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Accident</span>

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?  Oui  Non
- Si oui:
- |  |  |
|--|--|
| Assureur (autre que SUVA/LAA)                                      | Montant en CHF   |
| <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> par jour <input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> annuel |
| <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> par jour <input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> annuel |

### Questions relatives à la couverture maladie et accidents

- 2 a) Activité exercée dans l'entreprise susmentionnée:
- |                    |                       |            |  |
|--------------------|-----------------------|------------|--|
| Horaire de travail | Nbre d'heures/semaine | Revenu CHF | <input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> annuel |
|--------------------|-----------------------|------------|--|
- b) Activité lucrative exercée antérieurement/ chômage:
- |            |  |
|------------|--|
| Revenu CHF | <input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> annuel |
|------------|--|
- c) Autre(s) activité(s) lucrative(s):
- |                    |                       |            |  |
|--------------------|-----------------------|------------|--|
| Horaire de travail | Nbre d'heures/semaine | Revenu CHF | <input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> 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?  Oui  Non
- Si oui, lesquels?
- \* p. ex. moto, deltaplane, parapente, saut en parachute, alpinisme, canyoning
- 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? (p. ex. AI, AM, SUVA/LAA ou autres assurances)  Oui  Non
- Si oui, laquelle/lesquelles?
- Depuis quand? Degré d'invalidité:
- 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 VIH?  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

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

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 11.

**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	Année/Date du - au	Nom et adresse du médecin/naturopathe/thérapeute/hôpital	guéri sans suite
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

12 Nom et adresse du médecin qui connaît le mieux votre état de santé

Nom \_\_\_\_\_

Rue, N° \_\_\_\_\_

NPA, lieu \_\_\_\_\_

Par ma signature, je confirme avoir répondu complètement et conformément à la vérité aux questions posées.

Par ma signature, je délie les hôpitaux, les médecins, le personnel médical et le personnel du médecin-conseil, les autorités, les bureaux officiels et les autres compagnies d'assurance de leur obligation légale ou contractuelle de garder le secret vis-à-vis du Groupe Helsana (Helsana Assurances SA, Helsana Assurances complémentaires SA, Progrès Assurances SA, Helsana Accidents SA, Helsana Participations SA, Helsana et Procure Prévoyance SA) et je les autorise à fournir tous les renseignements nécessaires en relation avec l'assurance demandée. J'autorise également le service d'examen du risque à consulter le dossier d'assurance-maladie qui, le cas échéant, a été établi au titre de l'assurance de base et/ou de l'assurance complémentaire.

Les renseignements figurant sur le présent document ne peuvent être utilisés que pour l'examen du risque en rapport avec l'assurance demandée, de même que pour l'examen d'une éventuelle réticence. Ces renseignements ne sont ni traités ni conservés dans une base de données ou sur papier plus longtemps que les dispositions légales ou contractuelles ainsi que l'éventualité d'une reconsidération favorable d'une demande refusée préalablement ne l'exigent impérativement.

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