

## Dichiarazione sullo stato di salute Helsana Business Salary/Accident

<input type="radio"/> Nuova stipulazione	Ditta _____	
<input type="radio"/> Modifica assicurativa	NPA, località _____	
<b>Contratto n.</b>	Inizio _____	Gruppo di persone _____
<b>Persona d'assicurare</b>	Cognome _____	Nome _____
<input type="radio"/> Uomo <input type="radio"/> Donna	Indirizzo privato, via, n. _____	
Data di nascita	NPA, località _____	
Reddito da assicurare	CHF _____	all'anno _____
Copertura assicurativa richiesta	<input type="radio"/> Malattia <input type="radio"/> Infortunio <input type="radio"/> 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		
<input type="radio"/> Infortunio <input type="radio"/> Malattia	<input type="radio"/> al giorno	<input type="radio"/> mensile	<input type="radio"/> annuo
<input type="radio"/> Infortunio <input type="radio"/> Malattia	<input type="radio"/> al giorno	<input type="radio"/> mensile	<input type="radio"/> 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) Attività lavorativa svolta finora/disoccupazione  
Quale/i? \_\_\_\_\_  
Ore di lavoro \_\_\_\_\_ Ore/settimana \_\_\_\_\_  
Reddito CHF \_\_\_\_\_  mensile  annuo

c) Altra/e attività lavorativa/e  
Quale/i? \_\_\_\_\_  
Ore di lavoro \_\_\_\_\_ Ore/settimana \_\_\_\_\_  
Reddito CHF \_\_\_\_\_  mensile  annuo

d) Pratica sport?  
 Sì  No  
Sì, di quale tipo? \_\_\_\_\_

e) Nel tempo libero è esposto a particolari pericoli\* o pratica uno sport a livello agonistico?  
 Sì  No  
Quale/i? \_\_\_\_\_  
\*ad es. motociclismo, deltaplano, parapendio, paracadutismo, alpinismo, canyoning

3. a) È attualmente inabile al lavoro / al guadagno?  Sì  No  
Sì, grado dell'incapacità al lavoro/al guadagno: \_\_\_\_\_ %

b) Negli ultimi 5 anni, ha mai dovuto interrompere per più di 3 settimane consecutive la sua attività (lavoro / lavoro casalingo / formazione)?  Sì  No  
Sì, compilare la domanda 11.

c) Ha un'invalidità o un'infermità congenita e/o percepisce una rendita o un'indennità giornaliera?  Sì  No  
(ad es. da AI, AM, SUVA/LAINF o altre assicurazioni)  
Sì, quale? \_\_\_\_\_  
Da quando? \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ %

4. Ha subito infortuni negli ultimi 5 anni e/o esistono ancora conseguenze di un infortunio?  Sì  No  
Sì, compilare la domanda 11.

5. È infetto da HIV?  Sì  No

6. a) Beve/ha bevuto regolarmente\* alcol? \*più di 0,5 l di vino o 1 l di birra o 1,5 dl di alcolici al giorno  Sì  No

b) Fuma più di 20 sigarette, 6 sigari o 4 pipe al giorno?  Sì  No

Cognome	Nome	Data di nascita
c) Consuma o ha consumato stupefacenti?		<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
	Sì, quale/i?	
	Con quale frequenza	dal _____ al _____
7. Assume o ha assunto negli ultimi 10 anni regolarmente medicinali* o le è stata prescritta la loro assunzione?		<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
	Sì, quale?	
		dal _____ al _____
8. Costituzione	Altezza (cm)	Peso (kg)
<b>Domande sulla copertura in caso di malattia</b> (Non rispondere se è richiesta solo una copertura in caso di infortunio.)		
9. a) Al momento lei è in cura medica, sta effettuando controlli (medico, naturopata, terapeuta, ecc.) o ne sono previsti?		<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> 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?		<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
	Sì, perché?	
10. Negli ultimi 10 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?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
	b) del cuore, dei vasi sanguigni o del sistema cardiocircolatorio?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
	c) del sistema nervoso o della psiche?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
	d) degli organi della digestione?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
	e) degli organi urinari o genitali?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
	f) della pelle o allergie?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
	g) dei muscoli, delle ossa, delle articolazioni o della colonna vertebrale?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
	h) del metabolismo o delle ghiandole?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
	i) del sangue o malattie infettive?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
	j) degli organi sensoriali (occhi, orecchie, naso)?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
	k) tumorale?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
	l) altra malattia, infermità o malformazione?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Se risponde affermativamente almeno a una domanda, fornisci una descrizione nella domanda 11.		
<b>11. Ulteriori dati (malattia e infortunio)</b>		
Se ha risposto con «Sì» ad una o più delle domande al punto 3b), 4 o 10, descriva qui di seguito la diagnosi esatta.		
Domanda	Tipo di malattia/disturbo (diagnosi), di infortunio o risultato/motivo alla base dell'incapacità al lavoro, del trattamento, del controllo o dell'esame	Nome e indirizzo del medico/del naturopata/del terapeuta curante/dell'ospedale
	Date dal – al	Guarito senza conseguenze
		<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
		<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
		<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No

Cognome	Nome	Data di nascita
<hr/>		
<b>12. Nome e indirizzo del medico che è in grado di fornire le migliori informazioni sul suo stato di salute</b>	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 esonerò 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](https://www.helsana.ch/protezione-dei-dati).

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

<hr/>	<hr/>	<hr/>
Luogo e data	Firma del proponente/del rappresentante legale	Firma dell'eventuale consulente