

Dichiarazione sullo stato di salute Helsana Business Salary/Accident

<input type="checkbox"/> Nuova stipulazione	Ditta
<input type="checkbox"/> Modifica assicurativa	NPA, località
Contratto n.	Inizio Gruppo di persone
Persona d'assicurare	Cognome, nome
<input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna	Via, n.
Data di nascita	NPA, località
Reddito da assicurare	CHF all'anno
Copertura assicurativa richiesta	<input type="checkbox"/> Malattia <input type="checkbox"/> Infortunio

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)? Sì No
- In caso affermativo:
- | | |
|---|---|
| Assicuratore (eccetto SUVA/LAINF) | Ammontare in CHF |
| <input type="checkbox"/> Infortunio <input type="checkbox"/> Malattia | <input type="checkbox"/> al giorno <input type="checkbox"/> al mese <input type="checkbox"/> all'anno |
| <input type="checkbox"/> Infortunio <input type="checkbox"/> Malattia | <input type="checkbox"/> al giorno <input type="checkbox"/> al mese <input type="checkbox"/> all'anno |

Domande sulla copertura in caso di malattia e infortunio

- 2 a) Attività nella ditta summenzionata
 Ore di lavoro ore/settimana
 Quale/i? Reddito CHF mensile annuo
- b) Attività lavorativa svolta finora / disoccupazione
 Quale/i? Reddito CHF mensile annuo
- c) Altra/e attività lavorativa/e
 Ore di lavoro ore/settimana
 Quale/i? 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
 Sì, quale?
 * 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 nella 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 d'invalidità:
- 4 Ha subito infortuni negli ultimi 5 anni e/o esistono ancora conseguenze di un infortunio? Sì No
 Sì, compilare nella domanda 11.

Continuazione a tergo

