

Proposta per l'assicurazione infortuni

Polizza n.: _____

Helsana Business Accident secondo la LAINF

SSO Untervermittler-Nr.: _____

(secondo il contratto quadro della Fondazione SSO-Services con Helsana Assicurazioni SA)

Nome: _____ Recapito postale: _____
 Indirizzo dello studio: _____
 NPA e luogo: _____
 N. telefonico: St.: _____ P.: _____ N. telefonico: _____
 Indirizzo e-mail: _____
 N. IDI : _____
 Luogo di pagamento IBAN-n; _____

La persona sottoscritta è membro della SSO o intende aderirvi prossimamente? Sì No

Inizio dell'assicurazione a partire dal: _____ (non possibile con effetto retroattivo).

Sono da assicurare le seguenti cerchie di persone e prestazioni:

Rischio n. 8512.00 (Studio dentistico)

<input type="checkbox"/> Assicurazione obbligatoria (Dipendenti)	Tasso di premio fin. SS-/‰	Somma salariale CHF
Assicurazione IP Uomini	0,971‰	_____
Donne	0,971‰	_____
Assicurazione INP Uomini	12,363‰	_____
Donne	12,363‰	_____
 <input type="checkbox"/> Assicurazione facoltativa (Titolare dello studio)	 Tasso di premio fin. SS-/‰	 Salario CHF Salario annuo fisso convenuto (al mass. guadagno mass. LAINF)
Cognome, Nome	24,94‰	_____

Data di nascita		

Domande generali relative al rischio

a) Esiste o esisteva un'assicurazione LAINF?

 No Sì

presso quale assicuratore? _____

Polizza n.: _____

Data e motivo dello scioglimento del contratto: _____

b) Ha già sollecitato una copertura assicurativa No Sì

presso altri assicuratori per i rischi da assicurare? _____

presso quale assicuratore? _____

c) Numero di collaboratori

Uomini: _____ Donne: _____

Firme

Il contraente d'assicurazione dichiara di aver compilato la presente proposta in modo veritiero ed esaustivo. Egli conferma di avere ricevuto una copia delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) ed il Compendio dell'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF.

Timbro e Firma del
contraente d'assicurazione:

Nome e firma del consulente / intermediario

luogo _____, il _____

Questa proposta è da inviare alla segreteria della SSO, Fondazione SSO-Services, Münzgraben 2, Casella postale, 3001 Berna.

Controllo conc. l'affiliazione / Visa della segreteria SSO: _____