

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

- Nuova stipulazione  
 Modifica assicurativa

Contratto n.

Persona d'assicurare

- Uomo  Donna

Data di nascita

Reddito da assicurare

Copertura assicurativa richiesta

Ditta

NPA, località

Inizio

Gruppo di persone

Cognome, nome

Via, n.

NPA, località

CHF

all'anno

Malattia

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

Infortunio  Malattia

al giorno  al mese  all'anno

Infortunio  Malattia

al giorno  al mese  all'anno

### Domande sulla copertura in caso di malattia e infortunio

- 2 a) Attività nella ditta summenzionata  
 Ore di lavoro ore/sett. 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/sett. 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

- 5 É infetta da HIV?  Sì  No
- 6 a) Beve/ha bevuto regolarmente\* alcol?  Sì  No  
\*più di 0,5 l di vino o 1 l di birra o 1,5 dl di alcolici al giorno
- b) Fuma più di 20 sigarette, 6 sigari o 4 pipe al giorno?  Sì  No
- c) Consuma o ha consumato stupefacenti?  Sì  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? (eccetto pillole anticoncezionali)  Sì  No
- Sì, quale \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- 8 Costituzione Altezza (cm) \_\_\_\_\_ Peso (kg) \_\_\_\_\_

**Domande sulla copertura in caso di malattia**

(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?  Sì  No
- Sì, perché? \_\_\_\_\_

- b) Le è mai stato consigliato di sottoporsi a una visita medica o a un accertamento medico che però lei non ha effettuato?  Sì  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?  Sì  No
- b) del cuore, dei vasi sanguigni o del sistema cardiocircolatorio?  Sì  No
- c) del sistema nervoso o della psiche?  Sì  No
- d) degli organi della digestione?  Sì  No
- e) degli organi urinari o genitali?  Sì  No
- f) della pelle o allergie?  Sì  No
- g) dei muscoli, delle ossa, delle articolazioni o della colonna vertebrale?  Sì  No
- h) del metabolismo o delle ghiandole?  Sì  No
- i) del sangue o malattie infettive?  Sì  No
- Se risponde affermativamente almeno a una domanda, fornisca una descrizione nella domanda 11
- j) degli organi sensoriali (occhi, orecchie, naso)?  Sì  No
- k) tumorale?  Sì  No
- l) altra malattia, infermità o malformazione?  Sì  No

**Ulteriori dati (malattia e infortunio)**

- 11 Se ha risposto con «Sì» ad una o più delle domande al punto 3b), 4 o 10, descriva qui di seguito la diagnosi esatta
- | Do-<br>manda | Tipo di malattia/disturbo (diagnosi), di infortunio o risultato/motivo alla base dell'incapacità al lavoro, del trattamento, del controllo o dell'esame | Anno/Data dal - al | Nome e indirizzo del medico/del naturopata/ del terapeuta curante/dell'ospedale | Guarito senza conseguenze                               |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| _____        | _____                                                                                                                                                   | _____              | _____                                                                           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| _____        | _____                                                                                                                                                   | _____              | _____                                                                           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| _____        | _____                                                                                                                                                   | _____              | _____                                                                           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

- 12 Nome ed indirizzo del medico che è in grado di dare le migliori informazioni sul suo stato di salute? Nome \_\_\_\_\_  
 Via, n. \_\_\_\_\_  
 NPA, località \_\_\_\_\_

Con la mia firma confermo di aver risposto in maniera completa e veritiera alle domande precedenti.

Con la mia firma libero gli ospedali, i medici nonché il personale medico e del medico di fiducia, le autorità, gli uffici amministrativi e le altre compagnie d'assicurazione dal loro obbligo del segreto legale o contrattuale nei confronti del gruppo Helsana (Helsana Assicurazioni SA, Helsana Assicurazioni integrative SA, Progrès Assicurazioni SA, sansan Assicurazioni SA, avanex Assicurazioni SA, aerosana assicurazioni, Helsana Infortuni SA, Helsana Partecipazioni SA, Helsana e PROCARE Previdenza SA) e li autorizzo a fornire le informazioni necessarie in relazione all'assicurazione richiesta. Autorizzo l'ufficio addetto all'esame del rischio a prendere visione del dossier dell'assicurazione di base e/o di quella integrativa.

I dati forniti servono esclusivamente per l'esame del rischio per la copertura assicurativa richiesta e per l'accertamento di un'eventuale reticenza. Tali dati sono trattati e conservati in una banca dati o su carta soltanto finché è previsto dalle disposizioni legali e contrattuali o da un'eventuale riconsiderazione a favore di un proponente respinto in un primo momento.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del proponente/del rappresentante legale \_\_\_\_\_ Firma dell'eventuale consulente \_\_\_\_\_