

**Proposta per l'assicurazione infortuni  
Helsana Business Accident secondo la LAINF**

Polizza n.: \_\_\_\_\_

**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"/> <b>Assicurazione obbligatoria (Dipendenti)</b>	Tasso di premio fin. SS-‰	Somma salariale CHF
Assicurazione IP Uomini	0,971‰	_____
Assicurazione IP Donne	0,971‰	_____
Assicurazione INP Uomini	12,363‰	_____
Assicurazione INP Donne	12,363‰	_____
 <input type="checkbox"/> <b>Assicurazione facoltativa (Titolare dello studio)</b>	 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: \_\_\_\_\_