DÉCLARATION DE SOUSCRIPTION À L'ASSURANCE COLLECTIVE EN CAS D'ACCIDENT

A envoyer à Helsana Accidents SA*

Je soussigné(e) :

NOM . . . . . .

Prénom . . . . . .

Date de naissance . . . . . .

Adresse complète . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

ayant pris connaissance de la proposition d'assurance, souscris à catégorie d'assurance suivante:

* **Catégorie** **I II III IV V VI VII**

* **ENTOURER VOTRE CHOIX de CATEGORIE D'ASSURANCE**

Date . . . . . Signature . . . . . .

*N.B. La politique de confidentialité de Helsana figure sur leur site Internet :
https://www.helsana.ch/fr/groupe-helsana/qui-nous-sommes/juridique/protection-des-donnees.html

☐ Je déclare avoir pris connaissance de la politique de confidentialité de Helsana

Toute correspondance à :
CAISSE DE PRÉVOYANCE DES INTERPRÈTES DE CONFÉRENCE
51, rue du Stand - 1204 GENÈVE

Novembre 2024