

Bulletin d'affiliation au régime de prévoyance d'HELENA CONSULTANTS Ltd

M 1 (*) Nom et prénom

Mme 2 Nom de jeune fille

Mlle 3

Date de naissance Jour Mois Année Tel Portable

Adresse e-mail Fax

Adresse

Code Postal Ville Pays

Situation de famille C Célibataire M Marié(e) V Veuf(ve) D Divorcé(e)

BENEFICIAIRE DU "CAPITAL DECES" :

Mon conjoint non séparé de corps judiciairement, à défaut mes enfants légitimes, reconnus ou adoptifs, par parts égales entre eux, à défaut mon père et ma mère par parts égales ou le survivant d'entre eux, à défaut mes héritiers.

Si la désignation bénéficiaire ci-dessus ne convient pas, veuillez nous envoyer une lettre manuscrite indiquant le ou les bénéficiaires que vous désignez.

DATE D'EFFET DE L'AFFILIATION :

Jour Mois Année

Je reconnais avoir retenu un exemplaire de la présente et pris connaissance des contrats auxquels a adhéré Helena Consultants Ltd.

Je donne mandat à Helena Consultants Ltd pour choisir les organismes qu'elle aura sélectionnés au mieux de mes intérêts et pour éventuellement me représenter auprès de ceux-ci. J'autorise, le cas échéant, Helena Consultants Ltd à recevoir pour mon compte les décomptes de remboursement et à percevoir les remboursements et indemnités dont je bénéficierais.

La couverture ne prend en charge que les conséquences des accidents et/ou maladies ayant pris naissance durant sa période de validité postérieurement à sa date d'effet.

Fait à le

Signature précédée de la mention "lu et approuvé"

Remplir au verso le questionnaire de santé

Les renseignements nominatifs demandés, indispensables à la gestion du dossier de l'intéressé, sont susceptibles de faire l'objet de traitements automatisés et d'être transmis aux personnes physiques ou morales intervenant à titre professionnel dans la gestion et l'exécution de ce contrat.

Ce bulletin complété et signé doit être retourné par courrier simple à:

HELENA CONSULTANTS Ltd, 1 rue de Ris, 91170 Viry-Chatillon, France

QUESTIONNAIRE D'APPRECIATION DU RISQUE

Afin de permettre à l'assureur d'apprécier les risques qu'il prend à sa charge, vous devez répondre exactement aux questions posées ci-dessous. Les réponses doivent être claires, précises, écrites lisiblement en toutes lettres. Il doit être répondu à toutes les questions. Si vous n'avez pas la place de répondre, joignez une annexe sur papier libre.

Nom et prénom

Indiquez :

Votre taille

Votre Poids

	oui	non		oui	non
1 Etes-vous actuellement en arrêt de travail ? Depuis quelle date ? _____ Pourquoi ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 Au cours des 5 dernières années, une analyse de sang a-t-elle révélé un résultat anormal (diabète, cholestérol, séropositivité, hépatite, etc)? Si oui, précisez _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Suivez-vous un traitement médical ou un régime ? Depuis quelle date ? _____ Lequel ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 Etes-vous titulaire d'une pension (ou rente) d'invalidité? Depuis quelle date ? _____ Pour quel motifs médicaux ? _____ A quel taux ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Suivez-vous un traitement pour l'hypertension ? Depuis quelle date ? _____ Traitement prescrit ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 Avez-vous consulté un médecin au cours des 6 derniers mois? Pour quels motifs ? _____ A quelles dates ? _____ Suites ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Avez-vous eu un arrêt de travail de plus de 3 semaines au cours des 10 dernières années? Lesquelles ? _____ Durée totale des arrêts ? _____ Pourquoi ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 Etes-vous atteint d'une maladie chronique, d'une infirmité ou avez-vous des séquelles d'un accident? Nature ? _____ Depuis quelle date ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Avez-vous présenté une ou plusieurs maladies autres qu'infantiles au cours des 10 dernières années? Lesquelles ? _____ A quelles dates ? _____ Suites ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 Avez-vous autre chose à déclarer sur votre état de santé? Si oui, précisez _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Avez-vous subi des opérations chirurgicales au cours des 20 dernières années ? Lesquelles ? _____ A quelles dates? _____ Suites ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 Pour les femmes : - avez-vous eu une grossesse nécessitant une surveillance particulière ? A quelle date ? _____ Pour quelle cause ? _____ - êtes-vous enceinte ? De combien de mois ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Vous a-t-on prescrit dans les 6 derniers mois des examens médicaux, une hospitalisation ou une intervention chirurgicales ? Lesquels ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 Pour les hommes : - Avez-vous fait votre service national ? <input type="checkbox"/> exempté <input type="checkbox"/> réformé <input type="checkbox"/> ajourné Motif _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Avez-vous suivi un ou plusieurs traitements médicaux d'au moins 3 semaines au cours des 10 dernières années ? Lesquels ? _____ A quelles dates ? _____ Pour quelles affections ? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 Fumez-vous ? Quantité journalière : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Avez-vous séjourné en hôpital, clinique, en maison de santé, au cours des 10 dernières années ? Lieu ? _____ A quelles dates ? _____ Durée ? _____ Pour quelles causes ? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18 Pratiquez-vous des sports à risques ? (tels qu'ULM, parapente, saut à l'élastique...) Lesquels ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			19 Avez-vous eu des propositions d'assurances ? <input type="checkbox"/> refusées <input type="checkbox"/> ajournées <input type="checkbox"/> supprimées Dates ? _____ Pourquoi ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			20 Etes-vous assuré ou en train de vous assurer en cas de décès ? Depuis quand ? _____ Pour quels capitaux ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'IMPORTANT DES GARANTIES OU LES REPNSES AU QUESTIONNAIRE DE SANTE PEUVENT ENTRAINER DES FORMALITES MEDICALES POUR L'ACCEPTATION A L'ASSURANCE.

Je joins a ce formulaires une feuille annexe

Oui

Non

Fait à _____ Le _____

Signature précédée de la mention "Lu et approuvé"