

Disclaimer

I certify that the above information is to the best of my knowledge and belief correct and true. I understand that in submitting this claim I am governed by the principle of *utmost good faith* and a *positive duty of disclosure*. I understand that false claims, falsifying documentation, the provision of misleading information, the withholding of information related to this claim, seeking double reimbursement and using the funds received from the United Nations Mutual Insurance Society Against Sickness and Accident (UNSMIS) for the settlement of claims submitted for anything other than settling of said medical expenses reimbursed is considered fraudulent behaviour and **can incur administrative sanctions and result in the suspension of entitlement to benefits** from UNSMIS.

Please refer to *Rule VIII paragraph 8)H)* of the Internal Rules of UNSMIS <https://medical-insurance.unog.ch/statutes-and-regulations> and to the comprehensive Anti Fraud and Anti-Corruption Framework (ST/IC/2016/25) <https://iseek.un.org/article/secretariat-adopts-anti-fraud-and-corruption-framework>

To ensure the correct administration of the medical insurance plans and settlement of claims, I hereby give my consent regarding the processing of the medical data concerning myself and/or the members of my family. I hereby understand that UNSMIS reserves the right at any moment to ask for additional relevant documentation.

In using the e-claims portal **I hereby understand and agree that it is my duty to hold on to the original documents for at least 24 months and that UNSMIS will carry out spot checks** and request to see the originals even after the claim has been reimbursed. It will be my duty to provide the requested information. Failure to comply may lead to the suspension of the e-claims portal and administrative sanctions.

Avertissement

Je certifie que l'information ci-dessus est au meilleur de ma connaissance correcte et vraie. Je comprends, qu'en soumettant cette demande de remboursement, le principe de bonne foi et d'obligation de déclaration s'applique. Je comprends que de fausses demandes de remboursement, la falsification de documents, la fourniture d'informations trompeuses, la rétention d'information en lien avec cette demande de remboursement, rechercher un double remboursement et utiliser les fonds reçus de l'Assurance Mutuelle contre la Maladie et les Accidents du personnel des Nations Unies (l'Assurance) en règlement de demandes de remboursement à d'autres usages que le paiement des dépenses médicales remboursées sont considérés comme des comportements frauduleux qui **peuvent entraîner des sanctions administratives et résulter en la suspension de prestations de la part de l'Assurance.**

Veuillez vous référer à l'article VIII § 8. h) du Règlement de l'Assurance <https://medical-insurance.unog.ch/statutes-and-regulations> et au dispositif de lutte contre la fraude et la corruption (ST/IC/2016/25) <https://iseek.un.org/article/secretariat-adopts-anti-fraud-and-corruption-framework>

Afin de permettre la bonne administration du plan d'assurance et le remboursement des demandes de remboursement, **je consens au traitement des données médicales me concernant ou**

concernant les membres de ma famille. Je comprends que l'Assurance se réserve le droit de demander à tout moment des documents pertinents supplémentaires.

En utilisant le portail e-claims, **je comprends et j'accepte qu'il est de mon devoir de garder pour au moins 24 mois les documents originaux (prescriptions et factures) et que l'Assurance effectuera des vérifications ponctuelles** et pourra demander à recevoir ces originaux même après que ceux-ci aient été remboursés. Je serai dans l'obligation de fournir l'information demandée. Le défaut de se conformer peut conduire à la suspension d'utilisation du portail e-claims et à des sanctions administratives.