

**AUTORISATION DE PRELEVEMENT DE LA COTISATION MENSUELLE A
L'ASSURANCE MALADIE SUR LA PENSION VERSEE PAR LA CAISSE
COMMUNE DES PENSIONS DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES**

N° de pension UNJSPF _____ N° de retraité UNJSPF _____

N° d'assuré(e) _____ N° d'index (actif) _____

Nom _____ Prénom _____

Adresse postale _____

N° de téléphone _____

Email _____

1. J'autorise par la présente la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies à prélever sur ma pension mensuelle, et à remettre directement à l'organisation qui m'employait, mes cotisations à l'assurance-maladie de cette organisation. Je suis conscient que le montant des prélèvements futurs pourra être modifié en cas d'ajustement des montants de la cotisation ou de la pension.

2. J'autorise également la Caisse commune du personnel des Nations Unies à fournir occasionnellement, selon les besoins, des informations sur le montant de ma pension au(x) bureau(x) de l'Organisation chargé(s) de l'administration de l'assurance-maladie.

3. Je m'engage par ailleurs à adresser toutes les questions concernant les cotisations à l'assurance-maladie ou les prélèvements au(x) bureau(x) compétant(s) de l'Organisation et non à la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies. Je note également qu'en cas de retrait volontaire ou de changement de la couverture, il me faudra donner à l'Organisation un préavis écrit d'au moins six mois.

Date _____ Signature _____

**VEUILLEZ RENVoyer CE FORMULAIRE DUMENT REMPLI A
L'ASSURANCE MUTUELLE DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES
BUREAU 200, PALAIS DES NATIONS, 1211 GENEVE 10, SUISSE**