

DEMANDE DE PARTICIPATION A L'ASSURANCE MALADIE APRES LA CESSATION DE SERVICE

(Prière de remplir le présent formulaire et de l'envoyer à l'adresse suivante: Assurance Mutuelle du Personnel des Nations Unies,
Avenue de la Paix 8-14 - Bureau 200 PALAIS DES NATIONS CH - 1211 GENEVE 10

Je désire bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service au titre du plan d'assurance maladie des Nations Unies spécifié ci-après pour moi-même et pour les membres de ma famille dont le nom figure ci-dessous et qui remplissent les conditions requises.

1. NOM: _____
 (Nom) (Prénom usuel) (Deuxième prénom)

2. ADRESSE : _____

3. LIEN DE PARENTE avec l'ancien fonctionnaire
 (Cocher la case qui convient): a) L'intéressé lui-même b) Conjoint c) Enfant

Préciser: (d) Autre lien (p.ex., tuteur) - _____

4. PERSONNES A ASSURER (Fournir tous les renseignements requis sur chaque personne pour laquelle le bénéfice de l'assurance est demandé):

PERSONNE A ASSURER	NOM	Prénom usuel	Deuxième prénom	Sexe		Date de naissance		Assuré(e) à la date de cessation de service de l'ancien fonctionnaire		Si "OUI" Indiquer Le plan d'assurance	Enumérez tous les plans d'assurance de l'ONU (ou d'une institution spécialisée) Auxquels l'ancien fonctionnaire a été affilié lorsqu'il était en activité :	Cadre réservé à l'administration (VERIFIE)
				M	F	Jr.	Mois	Année	OUI			
(I) Ancien fonctionnaire				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(II) Conjoint ou conjoint Survivant de l'ancien fonctionnaire				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(III) Enfant(s) à charge De l'ancien fonctionnaire	1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

5. DATE A LAQUELLE L'ANCIEN FONCTIONNAIRE A CESSÉ SON SERVICE AUX NATIONS UNIES : Jour _____ Mois _____ Année _____

6. SI L'ANCIEN FONCTIONNAIRE EST DECÉDÉ, INDIQUER (à quelle date) Jour _____ Mois _____ Année _____

7. LIEU D'AFFECTATION DE L'ANCIEN FONCTIONNAIRE A LA DATE DE LA CESSATION DE SERVICE : _____

8. CATEGORIE, CLASSE ET ECHELON DE L'ANCIEN FONCTIONNAIRE A LA DATE DE LA CESSATION DE SERVICE : _____

9. PLAN D'ASSURANCE MALADIE DES NATIONS UNIES AUQUEL L'INTERESSE DESIRE ÊTRE AFFILIE APRES LA CESSATION DE SERVICE
 Plan d'assurance de l'Office des Nations Unies à Genève

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION (Ne rien écrire)			
Date à laquelle la demande A été reçue au Siège de l'ONU	_____	_____	_____
Nos. de la prestation .de retraité	_____		
Nos. du dossier D'indemnisation	_____		
<u>NO. DE L'ASSURANCE</u>			
UN Plan Code No. Participant No.	_____		

CADRE RESERVE A
L'ADMINISTRATION
(Vérfié)

Je soussigné(e), certifie que les renseignements fournis ci-dessus sont, à ma connaissance, complets et exacts : _____
 (Signature)
 (Jour) (mois.) (année)

