

### Demande de participation à l'assurance maladie après la cessation de service (ASHI) & Autorisation de prélèvement de la cotisation sur la pension versée par la Caisse commune des pensions

#### SECTION 1 – Données de la personne demandant la participation (à remplir en lettres majuscules)

<b>NOM DE LA PERSONNE DEMANDANT LA PARTICIPATION :</b>  <i>(Nom de famille)                                      (Prénom)                                      (Deuxième prénom)</i>			<b>N° d'index ONU :</b>	
<b>ADRESSE POSTALE :</b>  <i>(Fournir votre adresse postale actuelle aux fins de communication occasionnelle dans l'avenir)</i>			<b>N° unique de pension UNJSPF - UID (9 chiffres) :</b>	
<b>ADRESSE EMAIL (personnelle) :</b>			<b>N° d'assuré.e :</b>	
<b>ADRESSE EMAIL (personnelle) :</b>			<b>N° de téléphone :</b>	
<b>Organisation / Bureau :</b>	<b>Lieu d'affectation :</b>	<b>Date de cessation de service / retraite :</b>  <i>(si ancien.ne fonctionnaire décédé.e, date de décès)</i>		
<b>Cocher la case qui convient :</b> <input type="checkbox"/> <b>Retraite à l'âge normal de 60, 62 ou 65</b> <input type="checkbox"/> <b>Retraite anticipée</b> <input type="checkbox"/> <b>Veuve*/ Veuf*/ Orphelin.e</b> <input type="checkbox"/> <b>Pension différée</b> <input type="checkbox"/> <b>Invalidité (lettre de la Caisse commune des pensions à joindre)</b>  <i>*L'admissibilité à cette couverture cessera en cas de remariage</i>			<i>Nombre d'années de participation antérieure auprès d'un autre régime d'assurance maladie reconnu de l'ONU comme titulaire d'une nomination à durée déterminée ou continue (fournir nombre d'années et nom de l'assurance ONU, p. ex. 6 ans auprès du MIP) :</i>	
<b>Lien de parenté avec l'ancien.ne fonctionnaire :</b> <input type="checkbox"/> <b>MOI-MÊME</b> <input type="checkbox"/> <b>ÉPOUX / SE</b> <input type="checkbox"/> <b>ENFANT</b> <input type="checkbox"/> <b>AUTRE</b> (p. ex. tuteur ; à clarifier)    .....				

#### SECTION 2 – Couverture des personnes à charge

Personne à assurer	Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom	Sexe		Date de naissance JJ/MM/AAAA	Assuré.e à la date de cessation de service de l'ancien fonctionnaire	
				M	F		NON	OUI
Conjoint.e de l'ancien.ne fonctionnaire				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant(s) à la charge ou non à la charge (SPP) du 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"/>

Suite

Personne à assurer	Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom	Sexe		Date de naissance JJ/MM/AAAA	Assuré.e à la date de cessation de service de l'ancien fonctionnaire	
				M	F		NON	OUI
Enfant(s) à la charge ou non à la charge (SPP) du fonctionnaire	5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez besoin de lignes supplémentaires pour les personnes à votre charge, joindre un deuxième formulaire

### SECTION 3

#### Autorisation de prélèvement de la cotisation mensuelle à l'assurance maladie (ASHI) sur la pension versée par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies (UNJSPF)

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.

Je soussigné.e, certifie que les renseignements fournis ci-dessus sont, à ma connaissance, complets et exacts.

<p>.....</p> <p><u>Signature de la personne demandant la participation</u></p>	<p>.....</p> <p><u>Date (JJ/MM/AAAA)</u></p>
--	--

Veuillez renvoyer ce formulaire dument rempli par email à [unsmisaffiliations@un.org](mailto:unsmisaffiliations@un.org).

## RENSEIGNEMENTS BANCAIRES

<b>Nom de Famille :</b> (doit être identique au nom du compte bancaire)		<b>Prénom et deuxième prénom :</b> (doit être identique au nom du compte bancaire)	
<b>Organisation/Bureau :</b>	<b>Lieu d'affectation :</b> (Ville, Pays) :	<b>Numéro de Téléphone:</b>	<b>Numéro d'index :</b> (uniquement pour les membres actifs)
			<b>Numéro d'assuré :</b>
<b>Adresse postale :</b> (doit correspondre à l'adresse du bénéficiaire enregistré à ce compte bancaire)			
<b>Adresse e-mail :</b>			
<b>Nom de la banque :</b>			
<b>Adresse de la banque :</b>		<b>Pays de la banque :</b>	
<b>Numéro compte bancaire international (IBAN) :</b> Pour tous les pays où l'IBAN est obligatoire pour les paiements internationaux			
<b>Numéro de compte :</b>		<b>Code SWIFT de la banque :</b>	
<b>Monnaie du compte bancaire autorisée :</b> <input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> CHF <input type="checkbox"/> EUR <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> AUD <input type="checkbox"/> CAD <input type="checkbox"/> DKK <input type="checkbox"/> HUF <input type="checkbox"/> JPY <input type="checkbox"/> MXN <input type="checkbox"/> NOK <input type="checkbox"/> NZD <input type="checkbox"/> PLN <input type="checkbox"/> SEK <input type="checkbox"/> SGD <input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> ZAR		<b>Banque correspondante :</b> <u>Uniquement pour les paiements en USD en dehors des États Unis*</u>	
<b>Information additionnelle**:</b>			

\* Veillez demander les détails de la Banque correspondante à votre Banque d'origine afin de minimiser, voire éviter les charges de transferts.

\*\* Si votre compte bancaire est originaire de l'un des pays suivants, veuillez s'il vous plaît nous fournir l'information additionnelle suivante :

- ⇒ AUSTRALIE et NOUVELLE-ZELANDE : Veuillez s'il vous plaît nous fournir votre CODE BSB à six chiffres • CANADA : Veuillez s'il vous plaît nous fournir votre NUMÉRO DE TRANSIT à 8 chiffres • MEXIQUE : Veuillez s'il vous plaît nous fournir votre code CLABE à 18 chiffres • ÉTATS-UNIS : Veuillez s'il vous plaît nous fournir votre code d'acheminement ABA • GRANDE BRETAGNE : Veuillez s'il vous plaît nous fournir votre code SORT à 6 chiffres

<b>Signature :</b> (Membre Principal)	<b>Date :</b> (JJ/MM/AAAA)
---------------------------------------	----------------------------