

DEMANDE D'ADHESION N°	
-----------------------	--

DEMANDE INDIVIDUELLE D'ADHÉSION

ASSURANCE ACCIDENTS NON-PROFESSIONNELS

proposée conjointement par le **Groupe de Prévoyance et d'Assurance des Fonctionnaires Internationaux (GPAFI)** et **MGEN Vie** dans le cadre du contrat d'assurance groupe Prévoyance N°MGENIB1100432NNP.

1. LE FONCTIONNAIRE INTERNATIONAL (DEBITEUR)

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Organisation : _____

Adresse privée : _____

Téléphone privé : _____ Adresse courriel : _____

Coordonnées bancaires en cas de remboursement :

Numéro de votre compte bancaire (IBAN) : _____

Nom et adresse complète de la banque : _____

Code Swift de la banque : _____

2. LES MEMBRES DE LA FAMILLE À ASSURER

Statut*	Nom	Prénom	Date de naissance
Fonctionnaire international (débitur)			____/____/____
Conjoint			____/____/____
1 ^{er} enfant			____/____/____
2 ^{ème} enfant			____/____/____
3 ^{ème} enfant			____/____/____
4 ^{ème} enfant			____/____/____

* Conjoint ou Enfant(s) dépendants au sens des Nations Unies. Au-delà du 4^{ème} enfant ou pour affilier un autre Conjoint veuillez donner les informations les concernant sur papier libre.

3. DATE DE DEBUT SOUHAITEE DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE

La couverture d'assurance devrait commencer le : ____/____/____

(La date de départ effective peut être différente de celle souhaitée car elle dépend, notamment, du processus d'adhésion. Elle sera expressément notifiée par l'envoi du Certificat d'adhésion).

4. COUVERTURE D'ASSURANCE DEMANDEE (3 CHOIX POSSIBLES)

➤ **Garanties et cotisations :**

1) **Frais de traitement illimités pendant 5 ans**

Personnes à affilier :

Fonctionnaire international (débitteur)

Conjoint(s)

Enfant(s)

Cotisation annuelle par personne assurée : CHF 120, soit un total de CHF _____

2) **Capital décès**

Personnes à affilier :

Fonctionnaire international (débitteur) *

Capital assuré : CHF _____

Cotisation annuelle : 0.06% du capital assuré, soit CHF _____

Conjoint(s) **

Capital assuré : CHF _____

Cotisation annuelle : 0.06% du capital assuré, soit CHF _____

3) **Capital invalidité**

Personnes à affilier :

Fonctionnaire international (débitteur) *

Capital assuré : CHF _____

Cotisation annuelle : 0.06% du capital assuré, soit CHF _____

Conjoint(s) **

Capital assuré : CHF _____

Cotisation annuelle : 0.06% du capital assuré, soit CHF _____

*** Le capital assuré est déterminé par tranches de CHF 100'000 jusqu'à un maximum de CHF 1'000'000 mais ne pourra pas dépasser quatre (4) fois le salaire annuel.**

**** Pour les Conjoint(s) Dépendants, le capital assuré sera limité à CHF 300'000.**

5. DATE D'EFFET CONFIRMEE DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE (A COMPLETER PAR LE GPAFI)

La date de d'effet confirmée de la couverture d'assurance est la suivante : ____/____/____

6. COTISATIONS TOTALES (A COMPLETER PAR LE GPAFI)

Cotisation 1^{ère} année prorata temporis : CHF _____

7. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (dit « Règlement général sur la Protection des données »), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous avez le droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous pouvez demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Toute demande d'exercice de ses droits peut être adressée au Délégué à la Protection des Données du Groupe VYV, Tour Montparnasse - 33, avenue du Maine - BP 245 - 75755 Paris Cedex 15 - dpo@groupe-vyv.fr.

Les données de santé, dont le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations propres à MGEN Vie et de l'exercice des droits des assurés eux-mêmes, peuvent être traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance. Ces données sont exclusivement destinées au GPAFI et au médecin conseil de MGEN Vie. L'exercice de droits s'effectue par courriel, à l'attention du médecin conseil : gpafi@vyv-ib.com.

8. ACCEPTATION DU FONCTIONNAIRE INTERNATIONAL (DEBITEUR)

Par votre signature, ci-dessous, vous certifiez avoir reçu l'extrait des conditions générales d'assurance et vous déclarez :

- donner votre accord au traitement de vos données personnelles, notamment celles relatives à votre santé, qui sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de votre contrat d'assurance.
- avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du contrat d'assurance.
- confirmer être membre du GPAFI ou avoir soumis une demande d'affiliation.
- avoir reçu les informations précontractuelles, le Document d'Information sur le Produit d'Assurance (DIPA) et le devoir de conseil du GPAFI préalablement à l'adhésion.
- avoir fourni tous les renseignements demandés de façon complète, sincère, exacte et conforme à la réalité.
- reconnaître qu'indépendamment des causes ordinaires de nullité, la couverture d'assurance accordée à l'Adhérent (e) par MGEN Vie est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'Adhérent (e) tant lors de la souscription qu'au cours du contrat, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour MGEN Vie, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Adhérent (e) a été sans influence sur la réalisation du risque.
- reconnaître qu'en cas de survenance d'un sinistre ou de toute demande d'intervention, la production consciente et volontaire de documents inexacts ou frauduleux entraînera la déchéance des garanties sans remboursement des cotisations déjà versées.
- vous engager à signaler toute modification de votre situation personnelle, dans un délai de quinze (15) jours à partir du moment où vous avez connaissance de ce changement.

Afin que votre demande puisse être considérée, veuillez-vous assurer d'avoir répondu à toutes les questions posées et signé la demande d'adhésion. Cette dernière doit ensuite être envoyée au GPAFI :

Par courriel : gpafi@un.org
ou
Par courrier postal : GPAFI, Palais des Nations, 1211 Genève 10, Suisse

Fait à Genève, le ____/____/____	Signature du membre <u>précédée de la mention</u> <u>« lu et approuvé »</u> :	Visa du GPAFI :
----------------------------------	--	-----------------