

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

## DEMANDE INDIVIDUELLE D'ADHÉSION

### ASSURANCE PERTE DE GAIN MALADIES ET ACCIDENTS NON-PROFESSIONNELS

proposée conjointement par le Groupement de Prévoyance et d'Assurance des Fonctionnaires Internationaux (GPAFI) et MGEN Vie dans le cadre du contrat d'assurance groupe Prévoyance N°MGENIB1100433NNP.

#### 1. PROPOSANT A L'ASSURANCE (PERSONNE A ASSURER)

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 : \_\_\_\_\_

#### 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, de l'acceptation de la couverture par le Médecin conseil de MGEN Vie. Elle sera expressément notifiée par l'envoi du Certificat d'adhésion).

#### 4. COUVERTURE D'ASSURANCE (A COMPLETER PAR LE GPAFI)

Traitement annuel initial : CHF \_\_\_\_\_

(Le traitement annuel est calculé de la façon suivante : Salaire brut – staff assessment + ajustement de poste (fonctionnaires catégorie P). Il est mis à jour chaque année).

#### 5. GARANTIES ET COTISATIONS (A COMPLETER PAR LE GPAFI)

Franchise	Couverture	Taux du salaire assuré	Cotisation annuelle / Prorata temporis 1 <sup>ère</sup> année
Fonctionnaires employés au sein d'une organisation depuis 3 ans ou plus :			
<input type="checkbox"/> 270 jours	50 %	0,95 %	CHF _____ / _____
Fonctionnaires employés au sein d'une organisation depuis moins de 3 ans :			
<input type="checkbox"/> 90 jours	50 %	1,95 %	CHF _____ / _____

## **6. DATE D'EFFET CONFIRMÉE DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE (A COMPLETER PAR LE GPAFI)**

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

## **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](mailto: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](mailto:gpafi@vyv-ib.com).

## **8. ACCEPTATION DU PROPOSANT A L'ASSURANCE**

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.

## **9. DOCUMENTS A SOUMETTRE**

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 accompagnée des documents suivants :

- votre dernière fiche de salaire,
- l'attestation concernant les jours de congé maladie pris (certifiés et non certifiés),
- un questionnaire d'état de santé dûment rempli.

Par courriel : [gpafi@un.org](mailto:gpafi@un.org)

ou

Par courrier postal : GPAFI, Palais des Nations, 1211 Genève 10, Suisse

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