
Assurez votre avenir, protégez vos proches



Les assurances

L'Association des Mutuals des Fonctionnaires Internationaux (AMFI), créée en 1958, est un fonds sans but lucratif, propre aux Nations Unies et Agences Spécialisées, qui a pour objectif de favoriser l'entraide entre les fonctionnaires de l'Office des Nations Unies à Genève et d'autres Organisations de la famille des Nations Unies, ainsi que de faciliter l'établissement desdits fonctionnaires et de leur famille.

Les Organisations affiliées à La Mutuelle sont les suivantes : BIT, UIT, OMC, OMM, OMPI, OMI, UNICEF (fonctionnaires en poste à Genève uniquement), OIM, OMS, HCR, UIP, UNITAR et PNUE (fonctionnaires en poste à Genève uniquement).

Services proposés aux membres



Prêts

La Mutuelle propose deux sortes de prêts en CHF uniquement, soit **le prêt ordinaire** et **le prêt au logement**.



Dépôts

La Mutuelle propose différents types de compte en **CHF ou USD**.



Assurances

La Mutuelle propose à ses membres ainsi qu'à leurs conjoints et enfants dépendants, **diverses assurances**.



Mobilité

Les membres de La Mutuelle peuvent bénéficier de tarifs réduits auprès de **plusieurs prestataires de mobilité**.

Admission – Démission

En devenant membre de La Mutuelle le fonctionnaire a, de facto, confirmé avoir lu les Statuts et le Règlement intérieur, les avoir compris et s'est engagé à s'y conformer.

L'admission à La Mutuelle est ouverte :

- Aux fonctionnaires actifs d'une organisation affiliée recrutés localement dont le lieu de travail est Genève,
- Aux fonctionnaires actifs d'une organisation affiliée recrutés au niveau international. Les fonctionnaires du PNUE et de l'UNICEF doivent être en poste à Genève pour être éligibles.

La qualité de membre se perd par :

- Interruption volontaire de l'admission (par écrit),
- Décès,
- Séparation du système des Nations Unies, sauf en cas de retraite,
- Exclusion prononcée par un Conseil restreint.

Documents à remettre pour l'admission

Avant de soumettre une demande d'admission le demandeur doit s'assurer de son éligibilité sur www.lamutuelle.org.

Les documents à remettre sont les suivants :

- La demande d'admission dûment complétée et signée,
- Une photocopie lisible du passeport national,
- Une photocopie lisible de la carte de légitimation (si en poste en Suisse uniquement),
- La notice personnelle (émise par les Ressources Humaines).

Un droit d'admission de CHF10 devra être payé une fois que l'éligibilité a été confirmé par La Mutuelle et sera prélevé, en principe, avec le premier paiement des primes.

Les assurances

La Mutuelle propose à ses membres ainsi qu'à leurs conjoints et enfants dépendants, diverses assurances facultatives qui leur permettent d'avoir une couverture d'assurance optimale pour faire face à un sinistre éventuel dans les meilleures conditions possible.

Les fonctionnaires qui soumettent une demande de couverture d'assurance doivent obligatoirement compléter les documents de façon précise et conforme à la réalité et joindre tous les justificatifs requis. Toute omission, erreur et/ou fausse déclaration entraînera le refus définitif de couverture et, si le fonctionnaire est membre de La Mutuelle, son exclusion pourrait alors lui être signifiée.

Si l'assurance sollicite des informations supplémentaires concernant l'état de santé du fonctionnaire et/ou des membres de sa famille, celui-ci devra y répondre dans les plus brefs délais, faute de quoi sa demande d'affiliation ne pourra pas être considérée.

Dispositions générales

La qualité de membre de La Mutuelle confère au fonctionnaire le droit de demander son adhésion aux assurances collectives. Toutefois, chaque compagnie d'assurance fixe ses propres conditions d'admission en fonction de la couverture d'assurance proposée et est en droit de refuser l'adhésion à un fonctionnaire et/ou un membre de sa famille.

Un fonctionnaire ne doit pas considérer que sa demande d'affiliation à une assurance sera automatiquement acceptée et, par conséquent, ne doit pas résilier ses assurances en cours avant d'avoir obtenu un accord de couverture.

La Mutuelle ne peut être tenue responsable si l'accès à une couverture d'assurance est refusé en raison des conditions générales de la compagnie d'assurance concernée.

Le début de la couverture d'une assurance dépend du type d'assurance choisi et est confirmé soit par l'assureur, soit par La Mutuelle.

Un décompte annuel et une attestation fiscale sont envoyés à tous les membres, respectivement en novembre et en février de chaque année, par courriel ou par voie postale. Les membres doivent vérifier ces documents dans un délai de 30 jours à compter de leur émission, passé ce délai sans contestation, les informations seront considérées comme approuvées.

La demande d'affiliation aux assurances et la date de signature des formulaires doivent être aussi proches que possible. L'assurance se réserve le droit de demander une mise à jour des formulaires si ceux-ci sont jugés expirés.

Conformité

Un membre peut être exclu de La Mutuelle pour des raisons telles que le non-paiement de primes d'assurance, le non-remboursement de prestations indûment versées ou en cas d'omission, erreur et/ou fausse déclaration faites à une compagnie d'assurance.

Si un membre ne paie pas sa(ses) prime(s) conformément à l'échéancier qui lui a été remis les prestations d'assurance seront gelées et La Mutuelle lui enverra jusqu'à 2 rappels. Sans action de sa part dans le délai impartie(s) contrat(s) d'assurance sera(seront) résilié(s) et l'accès aux assurances pourra lui être refusé de manière permanente. De plus, en application de l'article 8.7 du Règlement intérieur, La Mutuelle en informera le service des Ressources Humaines de l'organisation qui emploie le fonctionnaire actif.

Les exclusions sont communiquées par courriel ou par courrier postal.

Un membre exclu pour défaut de paiement ne peut pas présenter de nouvelle demande d'affiliation durant les cinq années qui suivent son exclusion. Au-delà de cette période, sa demande d'affiliation est soumise, pour décision, au Comité de La Mutuelle, pour autant que les créances dues envers La Mutuelle aient été recouvrées.

Un membre ayant démissionné peut demander à se réaffilier auprès d'une assurance avec laquelle il/elle était préalablement assuré(e), mais il/elle prendra note qu'il/elle sera considéré(e) comme un/une nouvel(le) assuré(e), et qu'il ne sera pas tenu compte de précédentes affiliations.

Un membre est tenu d'informer La Mutuelle de tout changement de situation susceptible de modifier ses droits ou ceux des membres de sa famille aux couvertures d'assurance souscrites ou ayant une incidence financière.

Résiliation

Un membre souhaitant résilier un contrat d'assurance et/ou démissionner de La Mutuelle doit respecter les délais de préavis spécifiés dans le contrat d'assurance souscrit.

La démission d'un membre n'est possible que lorsque tous ses contrats d'assurances ont été résiliés et que les primes dues ont été honorées. La démission d'un membre entraîne automatiquement celle de ces dépendants, s'ils sont assurés.

Paiement

Les primes d'assurance sont payables à La Mutuelle en CHF au plus tard le dernier jour ouvrable avant le début d'un mois de couverture.

Les membres qui effectuent des virements bancaires, notamment depuis l'étranger, doivent s'assurer que le montant exact dû en CHF soit bien crédité à La Mutuelle, et prendre, par conséquent, à leur charge tous les frais bancaires.

Tout paiement qui ne correspond pas au montant des primes, paiement erroné ou trop-perçu, peut faire l'objet de frais facturés au donneur d'ordre.

Le paiement des primes des membres actifs se fait, en principe, par le biais de déductions sur salaire. Dans le cas où ce modus operandi n'est pas proposé par l'organisation qui emploie le membre, le paiement des primes se fera par virement bancaire. Le paiement des primes des membres retraités se fait par virement bancaire.

Les membres qui doivent procéder par virements bancaires peuvent opter pour un paiement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel.

Frais

La Mutuelle applique des frais de rappel et/ou d'exclusion et/ou des frais liés à une procédure de recouvrement de créances par l'intermédiaire d'une agence de recouvrement.

L'assurance complémentaire des soins de santé

La Mutuelle propose à ses membres une assurance complémentaire des soins de santé qui complète toutes les prestations assurées par les Régimes de bases UNSMIS, CAPS-BIT et SHI-OMS, lesquels ne couvrent pas en totalité les frais médicaux.

La demande d'affiliation à une assurance complémentaire santé est possible pour les fonctionnaires actifs et les conjoints de fonctionnaires actifs pour autant que l'admission se fasse au plus tard le mois durant lequel ils atteignent 65 ans.



Points forts

Chambre privée en cas d'hospitalisation : Les assurés profitent d'une chambre privée en cas d'hospitalisation pour un confort optimal durant leur séjour.

Prise en charge des médecines naturelles à 90 % : Les assurés bénéficient d'une prise en charge à hauteur de 90 % pour les médecines naturelles (massages, ostéopathie, shiatsu, hypnose, etc.), sans prescription, avec des thérapeutes agréés, jusqu'à un maximum de CHF 1'250 par année civile et par assuré.

Forfait optique et dentaire : Complémente les prestations dentaires et optiques du Régime de base et permet de bénéficier d'une couverture étendue.

Admission prénatale : Le premier mois d'admission est offert afin de se préparer sereinement à l'arrivée d'un enfant.

Équipe d'assurance dédiée aux membres de La Mutuelle : Une équipe d'assurance dédiée est disponible pour accompagner spécifiquement les membres de La Mutuelle, garantissant un service personnalisé et réactif.

L'assurance assistance – Premium

L'assurance assistance Premium, liée à l'assurance complémentaire des soins de santé, est destinée à aider les assurés en cas de besoin d'assistance urgente lors d'un séjour non professionnel.

Cette assurance peut être souscrite uniquement par les membres disposant déjà de l'assurance complémentaire des soins de santé et étant sous le Régime de base UNSMIS.



Points forts

Rapatriement : En cas de besoin, l'assurance prend en charge votre rapatriement vers votre domicile ou un établissement médical adapté, pour garantir votre sécurité lors de situations d'urgence à l'étranger.

Assistance 24h/24, 7j/7 : Un service d'assistance est disponible à tout moment et tous les jours de la semaine pour répondre rapidement à un besoin urgent, quel que soit l'endroit où se trouve l'assuré.

Frais illimités de traitement hospitalier ou ambulatoire d'urgence : L'assurance couvre tous les frais médicaux liés à un traitement d'urgence, que ce soit en milieu hospitalier ou en consultation ambulatoire, sans limitation de montant.

Frais d'annulation de voyage : En cas de situation imprévue, cette assurance prend en charge les frais d'annulation de votre voyage, vous évitant ainsi des pertes financières importantes.

Couverture voyage et bagages : Couverture d'assurance pour les bagages et les voyages, y compris en cas de perte, vol ou dommage, permettant de voyager l'esprit plus tranquille.

L'assurance perte de gains

Les fonctionnaires ayant épuisé leur congé de maladie à plein traitement ne reçoivent que 50 % de leur salaire. L'assurance perte de gain intervient alors, ce qui permet de maintenir l'intégralité du salaire.

Points forts

Maintenir son salaire en cas d'arrêt maladie / accident de longue durée : En cas d'incapacité de travail prolongée à la suite d'une maladie ou d'un accident, les fonctionnaires bénéficient d'une couverture qui permet de maintenir leur niveau de salaire.

Complémente le demi-traitement versé par l'organisation : Lorsqu'un fonctionnaire est au bénéfice d'un arrêt de travail de longue durée en raison d'une maladie ou d'un accident, il(elle) peut recevoir un salaire à mi-traitement. L'assurance permet de compléter ce demi-salaire pendant une durée de 24 mois, par période de 4 années consécutives.

Protège les fonctionnaires et leur famille des conséquences financières d'un arrêt de travail prolongé : Cette assurance permet d'éviter que les fonctionnaires se retrouvent dans une situation financière précaire pendant un arrêt de travail prolongé dû à une maladie ou un accident. Elle garantit un soutien financier stable non seulement pour la personne concernée, mais aussi pour sa famille, en réduisant l'impact économique de l'absence de revenus à long terme.



L'assurance accident non-professionnel

La Mutuelle propose à ses membres une assurance accident non-professionnel, qui prend en charge les frais de traitement en cas d'accident survenu en dehors du cadre professionnel. Cette couverture peut être complétée, en option, par la souscription d'un capital décès et/ou un capital invalidité.



En cas d'accident, si aucune autre assurance n'intervient, l'assurance accident peut prendre en charge l'intégralité des frais, à condition que l'accident ne fasse pas partie des exclusions prévues.

Seuls les résidents suisse et les résidents de France voisine peuvent bénéficier de l'assurance.

Prestations

Les prestations suivantes peuvent être choisies individuellement :

Frais de traitements illimités pendant une durée de 5 ans après la survenance d'un accident : Les frais médicaux nécessaires à la prise en charge d'un accident sont entièrement couverts, sans limite de montant, pendant une période de 5 ans après l'accident, assurant ainsi une prise en charge complète des soins.

Capital en cas d'invalidité jusqu'à hauteur de CHF 1 million à la suite d'un accident : En cas d'invalidité résultant d'un accident, un capital financier pouvant atteindre CHF 1 million est versé, offrant ainsi un soutien financier considérable pour couvrir les conséquences à long terme de l'incapacité de travail.

Capital en cas de décès jusqu'à hauteur de CHF 1 million à la suite d'un accident : En cas de décès accidentel, un capital d'un montant pouvant atteindre CHF 1 million est versé aux bénéficiaires, garantissant un soutien financier substantiel aux proches du défunt.

Points forts

Accident causé par un tiers : Lorsque le Régime de base ne couvre pas les frais liés à un accident causé par un tiers (coups et blessures volontaires, morsures par un animal, accident sportif, accident scolaire), l'assurance accident entre en matière.

Chambre privée : En cas d'hospitalisation, l'assurance accident couvre le séjour en division privée.

L'assurance vie

L'assurance vie est proposée aux fonctionnaires résidant en Suisse et permet de protéger financièrement leur famille en cas de décès.



La Mobilière propose des tarifs avantageux pour les membres de La Mutuelle et leur conjoint. En cas d'intérêt vous pouvez contacter La Mutuelle qui initiera le contact avec La Mobilière.

Points forts

Capital en cas de décès jusqu'à hauteur de CHF 500'000 : En cas de décès de l'assuré, un capital peut être versé à ses bénéficiaires, garantissant un soutien financier pour faire face aux conséquences d'un tel événement.

Contacter La Mutuelle

Pour toute information ou conseil, vous pouvez contacter La Mutuelle de la manière suivante :

Pour des renseignements ou conseils personnalisés en présentiel

Centre d'Assistance à la clientèle (CAC)

Office des Nations Unies, Genève

Bâtiment H, Palais des Nations

Tous les jours de 10h00 à 13h00

Pour des renseignements ou conseils par téléphone

Tous les jours de 8h00 à 12h00

Téléphone : +41 22 917 99 99 - Taper 7

gpaifi@un.org

www.lamutuelle.org

