

TITULAIRES D'UN CONTRAT DE SERVICES AUPRÈS DU PNUD – ASSURANCE SANTÉ DE GROUPE
Affiliation ou demande de modification de couverture des personnes à charge

Assuré (Titulaire du contrat de services auprès du PNUD)

NOM DE FAMILLE - PRÉNOM _____

E-MAIL _____

ADRESSE _____

N° D'IDENTIFICATION DU CONTRAT DE SERVICES _____ DATE DE NAISSANCE (J - M - A) _____ SEXE M F

ORGANISATION PNUD AUTRE: _____

BUREAU DE PAYS DE LA RÉGION _____

DATE DE PRISE DE FONCTIONS _____

VOTRE DEMANDE AJOUTS : MEMBRES DE LA FAMILLE ADMISSIBLES RÉPERTORIÉS CI-DESSOUS
 FIN DE COUVERTURE POUR LES MEMBRES DE LA FAMILLE ADMISSIBLES RÉPERTORIÉS CI-DESSOUS

DATE DE DÉBUT DE L’AFFILIATION _____

N.B. un enfant à charge célibataire peut être assuré jusqu'à la fin de l'année de ses 25 ans.
 Un enfant est réputé à charge s'il n'est pas employé à plein temps.

Membres de la famille admissibles (uniquement les membres admissibles au programme de Cigna)

NOM DE FAMILLE – PRÉNOM	SEXE	PARENTÉ (ÉPOUX/ÉPOUSE, ENFANT)	DATE DE NAISSANCE (J-M-A)	ENFANT MARIÉ ?		ENFANT EMPLOYÉ À PLEIN TEMPS ?		AJOUTER SUPPRIMER	
				<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Par la présente, j'autorise le PNUD à déduire de mon salaire les montants nécessaires pour couvrir le paiement des primes, selon le taux correspondant à la couverture demandée, et je certifie que les informations fournies ci-dessus sont exactes.

DATE _____ SIGNATURE _____

VEUILLEZ RÉALISER DES COPIES POUR LES DISTRIBUER EN INTERNE.