

# DEMANDE D'ADHÉSION

**VOUS** : Adhérent Régime UNSMIS N° .....  
 Fonctionnaire  Nommé  Durée déterminée  Autre (à préciser) : .....  
 Nom : ..... Prénom : ..... H/F Né(e) le : .....

Nom de jeune fille : ..... Nationalité(s) : .....

Membre du Syndicat depuis le ...../...../..... (jj/mm/aaaa), **demande à adhérer au contrat collectif**

Mutuelle santé complémentaire au régime UNSMIS, réservé aux membres du Syndicat du Personnel de l'UIT et de l'Association des Anciens Fonctionnaires, ainsi qu'à leurs ayants-droit.

En qualité de Fonctionnaire International membre du personnel l'Union Internationale des Télécommunications (UIT) ou d'anciens Fonctionnaires Internationaux (et exempté en ce sens des obligations d'affiliation au régime suisse de protection sociale) membre retraité de de membre de la Section des Anciens de l'UIT ou membre de l'Association des Anciens Fonctionnaires de l'UIT, affilié au Syndicat du Personnel de l'UIT, vous pouvez bénéficier des garanties «santé» en complément du régime UNSMIS et sous condition d'être affilié à ce régime, souscrites par le Syndicat de l'UIT, auprès d'AWP Health & Life S.A.

S.A. sous le N° 078921/501.

**A compter du** : 1<sup>er</sup> ..... (Jour du mois – Année)

Date d'embauche ou de début de contrat de travail : ...../...../..... (joindre une photocopie de la carte de légitimation)  
 Date d'adhésion au régime UNSMIS : ...../...../..... Tél. Prof. : ..... Tél. Privé : .....  
 E-mail professionnel : .....@itu.int et/ou E-mail privé : .....@ .....  
 Fonction et Service : ..... Niveau/Grade : ..... Echelon : .....  
 Bâtiment (ou ville) : ..... Numéro de bureau : .....  
 Adresse privée : .....

**Avez-vous une assurance complémentaire ?**  Non  Oui Si oui, laquelle ? ..... jusqu'à quand ? .....

L'extension à la famille est normalement obligatoire pour les membres de la famille couverts par le régime UNSMIS Si vous ne souhaitez pas l'extension à votre famille, veuillez préciser pourquoi :

Conjoint non couvert par le régime UNSMIS  Enfant(s) non couvert(s) par le régime UNSMIS  
 Autre raison : ..... (joindre document à l'appui)

**■ VOTRE CONJOINT(E) :**

**■ VOTRE / VOS ENFANT (S) :**

Nom: ..... 1 <sup>er</sup>	Nom: .....	Prénom: .....	H/F Né(e) le: .....
Nom: ..... 2 <sup>ème</sup>	Nom: .....	Prénom: .....	H/F Né(e) le: .....
Nom: ..... 3 <sup>ème</sup>	Nom: .....	Prénom: .....	H/F Né(e) le: .....
Nom: ..... 4 <sup>ème</sup>	Nom: .....	Prénom: .....	H/F Né(e) le: .....
Nom: ..... 5 <sup>ème</sup>	Nom: .....	Prénom: .....	H/F Né(e) le: .....

**Le fonctionnaire qui a rempli le questionnaire d'état de santé familial reconnaît avoir pris connaissance des notices résumant les contrats signés entre AWP Health & Life S.A /Europ Assistance et le Syndicat du Personnel de l'UIT, valant conditions générales d'assurance et du contrat à disposition au Syndicat.**

**■ Fait à :** ....., **le** ..... **Signature:**

<b>Réservé aux services administratifs</b> <input type="checkbox"/> <b>Confirmation Membre du Syndicat</b> Date d'adhésion ou de modification retenue : 1 <sup>er</sup> .....20..... Acceptation : Conditions normales / Spéciales : .....	<b>Visa du Syndicat du Personnel UIT:</b>
--	---

Syndicat du personnel de l'Union Internationale des Télécommunications – Place des Nations – 1211 Genève 20  
[contact@syndicat-uit.org](mailto:contact@syndicat-uit.org) - [www.syndicat-uit.org](http://www.syndicat-uit.org)

**AWP HEALTH & LIFE S.A.**

Société Anonyme au capital de 65 190 446 euros  
 immatriculée au R.C.S. de Bobigny, sous le numéro 401 154 679  
 régie par le Code des assurances dont le siège social est situé à cette adresse :  
 Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, France



## RGPD

**AWP HEALTH & LIFE S.A.**, Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, France - met en œuvre un traitement de données à caractère personnel nécessaire à votre identification formelle pour accéder à un espace sécurisé, à l'émission d'une offre d'assurance ou d'un contrat, sa gestion et son suivi et à la réalisation des diligences réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment et de financement du terrorisme. A cet égard, les données collectées sont toutes obligatoires.

Les destinataires de vos données à caractère personnel sont : **AWP HEALTH & LIFE S.A.** l'assureur porteur de risques, les différentes entités composant HENNER S.A.S., délégataire de gestion et les prestataires participant à la gestion du contrat d'assurance à travers le monde. Dans ce cadre, vos données peuvent être transférées vers des pays tiers à l'Union Européenne assurant un niveau de protection adéquat ou moyennant l'usage de garanties appropriées comme la conclusion des clauses types de protection des données adoptées par la Commission Européenne.

Vos données à caractère personnel seront conservées pendant toute la durée nécessaire au service de gestion telle que prescrite par les lois applicables en la matière.

Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, ou d'effacement ou de limitation ou d'opposition et de portabilité de vos données à caractère personnel ainsi que du droit d'organiser des directives post-mortem.

Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle en charge de la protection des données personnelles.

Si vous avez des interrogations concernant l'utilisation de vos données personnelles et/ou sensibles dans le cadre du contrat, vous pouvez contacter l'assureur par e-mail ou par courrier :

AWP Health & Life S.A.  
Data Protection Officer  
Eurosquare 2  
7 rue Dora Maar  
93400 Saint Ouen  
France  
E-mail: [AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com)