

## Demande d'affiliation à l'assurance santé après la cessation de service Fonctionnaires

### PARTIE I : DEMANDE D'AFFILIATION

1. Je souhaiterais bénéficier de l'assurance santé dès mon départ à la retraite, conformément à l'Article 1.3, alinéa d) des Statuts de la CAPS, de même que les membres de ma famille **déjà assurés** avec moi :  époux, épouse  
 enfants  
 père, mère

Je confirme que:

- j'ai atteint l'âge de 55 ans
- j'ai travaillé au moins 10 ans dans le système des Nations Unies ;
- j'ai été assuré(e) à la CAPS pendant les cinq années précédant immédiatement mon départ à la retraite
- je présente cette demande avant la date effective de ma cessation de service.

2. Il est entendu que mes cotisations seront calculées sur le montant de ma pension de la CPPNU, comme il est prévu à l'Article 3.3 des Statuts de la CAPS. S'il y a lieu, je verserai également des cotisations au titre de l'Article 3.5. Les cotisations sont calculées dans la monnaie du calcul de ma pension.

3. Date effective du départ à la retraite :

4. Adresse privée

Tél.	E-mail:

5. Adresse bancaire (pour les remboursements de la CAPS)

<i>Nom de la Banque</i>		
<i>Adresse de la Banque</i>		
<i>Compte / IBAN n°</i>		
<i>BIC (11 lettres/chiffres)</i>		
<i>Monnaie du compte</i>		

### PARTIE II: AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT DES COTISATIONS SUR LA PENSION

6. J'autorise la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies (CCPPNU) à prélever ma cotisation à la Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel BIT/UIT (CAPS) sur ma pension mensuelle et à la verser directement à la CAPS. Le prélèvement sera effectué dans la monnaie du pays où je réside, sauf si j'ai choisi une autre monnaie pour le paiement de ma pension, auquel cas le prélèvement sera effectué dans cette monnaie. Je suis conscient du fait que les prélèvements pourront être révisés dans l'avenir, en fonction des modifications du niveau des cotisations à la CAPS ou des ajustements du montant de ma pension.
7. J'autorise aussi la CCPPNU à fournir à la CAPS les renseignements nécessaires au calcul de ma cotisation.
8. Je m'engage à m'adresser directement à la CAPS pour toute demande d'information concernant mes cotisations.
9. Je note que si je décide de me retirer de la CAPS, je devrai donner un préavis de trois mois et que le retrait de la présente autorisation sera considéré comme un retrait de la CAPS.

Mme/Mlle/M.

Organisation: 11 (ILO)

NOM

PRÉNOM

N°. personnel

N° Pension

Retirement N°

Date : \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

# Application for after-service health insurance - Officials

## PART I : REQUEST FOR COVERAGE

1. I would like to apply for coverage after my retirement, in accordance with Article 1.3.(d) of SHIF's Regulations and include the members of my family who are already insured:

- Spouse  
 Children  
 Father, Mother

I hereby confirm that:

- I have reached at least 55 years of age
- I have worked in the UN system for at least 10 years
- I have been a member of SHIF in the five years immediately preceding retirement
- I submit this application before the effective date of cessation of service

2. I understand that contributions will be based on my assessed UNJSPF pension, as set out in Article 3.3 of SHIF's Regulations. Where applicable, I shall also pay contributions as per Article 3.5. Contributions are calculated in the currency of entitlement.

3. Effective date of retirement :

4. Private address

Tel.	E-mail:

5. Banking Instructions (for SHIF reimbursements)

<i>Name of Bank</i>		
<i>Address of Bank</i>		
<i>Account / IBAN N°</i>		
<i>BIC / SWIFT (11 digits)</i>		
<i>Currency of the Account</i>		

## PART II: AUTHORIZATION TO DEDUCT CONTRIBUTIONS FROM THE PENSION

6. I hereby authorize the United Nations Joint Staff Pension Fund (UNJSPF) to deduct from my monthly pension benefit, and to remit to the ILO-ITU Staff Health Insurance Fund (SHIF), my contribution for coverage by SHIF. The deduction should be in the currency of the country of my residence, unless I have chosen a different currency for the payment of my pension, in which case it will be deducted in that currency. I am aware that deductions may be revised in the future according to changes in the SHIF contribution level or the level of my adjusted pension benefit.
7. I also authorize the UNJSPF to provide pension information, as required for the calculation of my health insurance contribution, to SHIF.
8. I undertake to address all queries regarding health insurance contributions to SHIF.
9. I note that I must give three months's advance notice of my decision to withdraw from SHIF, and that withdrawal of this authorization will be considered as withdrawal from SHIF.

Ms./Mr.

Organization: 11 (ILO)

SURNAME

FIRST NAME

ILO Personnel N°

Pension N°

Retirement N°

Date :

Signature