



Groupement de Prévoyance et d'Assurance
des Fonctionnaires Internationaux

Provident and Insurance Group
of International Officials

Bureau C.419
Palais des Nations
1211 Genève 10
gpafi@unog.ch
www.gpafi.com

DEMANDE D'ADMISSION à compléter par le fonctionnaire
APPLICATION FOR ADMISSION to be completed by the Official

N'écrivez rien
dans cette case
Do not write in this space

Déb. N°

1 – Identité / Identity

Fonctionnaire en activité / *Active Official*

Ancien fonctionnaire / *Former Official*

Diplomate / *Diplomat*

Employé de Mission Permanente / *Employee of Permanent Mission*

Sexe / *Gender*

Masculin / *Male*

Féminin / *Female*

Date de naissance (jj/mm/aaaa) / *Date of birth (dd/mm/yyyy)*

Nom / *Family name*

Prénom / *First name*

Nationalité / *Nationality*

Etat civil / *Marital status*

2 – Organisation ou Mission Permanente / Organization or Permanent Mission

Nom (Org./Mission) / *Name (Org./Mission)*

Adresse / *Address*

Division, Service / *Division, Unit*

Fonction / *Function*

Nature du contrat / *Contractual status*

Date d'expiration / *Expiration date*

N° de bureau / *Office No.*

N° de téléphone / *Telephone No*

Courriel professionnel / *Professional E-mail*

Date de cessation d'activité (ancien fonctionnaire) / *Termination date (Former Official)*

3 – Adresse / Address

Résid., Apart., C/O / *Resid., Apart., C/O*

Rue et N° / *Street and No.*

Code postal / *Postcode*

Ville / *City*

Pays / *Country*

Courriel privé / *Private E-mail*

N° de tél. privé / *Private Telephone No.*

4 – Coordonnées bancaires / *Banking Details*

Nom de la banque / *Bank Name*

Code postal et ville / *Postcode and City*

Nom et prénom du titulaire du compte / *Family name and first name of the account holder*

N° clearing & compte / *Clearing & Account No.*

IBAN

5 – Membres de famille ou personnel de maison pour lesquels une admission est également demandée *Family members or domestic staff for which an application is also submitted*

Nom <i>Family Name</i>	Prénom <i>First name</i>	Date de naissance (jj/mm/aaaa) <i>Date of birth</i> (dd/mm/yyyy)	Sexe <i>Gender</i> M F <i>M F</i>	Nationalité <i>Nationality</i>	Etat civil <i>Marital status</i>	Qualité * <i>Relationship *</i>
---------------------------	-----------------------------	---	--	-----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

* Degré de parenté ou relation avec le fonctionnaire présentant la demande d'admission

** Relationship with the staff member submitting the application for admission*

6 – Adresse (si différente de celle du fonctionnaire présentant la demande d'admission) *Address (if different from that of the Official submitting the application for admission)*

Résid., Apart., C/O / *Resid., Apart., C/O*

Rue et N° / *Street and No.*

Code postal / *Postcode*

Ville / *City*

Pays / *Country*

Courriel privé / *Private E-mail*

N° de tél. privé / *Private Telephone No.*

Déclaration / *Declaration*

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des Statuts et Règlement intérieur du GPAFI, en particulier des dispositions concernant les litiges, et les accepter. Je m'engage à payer régulièrement les cotisations et les primes d'assurances dans les délais prévus.

Je certifie que les renseignements indiqués ci-dessus sont exacts et je m'engage à communiquer au GPAFI toute modification (adresse, employeur, statut administratif, etc.) de nature à modifier la validité des contrats d'assurance souscrits.

I hereby declare that I have read the Statutes and Internal rules of GPAFI in particular the provisions concerning the disputes and that I am in full agreement with its contents. I undertake to pay regularly and in due time the membership contributions and the insurance premiums.

I certify that the answers to the questions above are correct and I undertake to communicate to the GPAFI any change in my status (address, employer, administrative status, etc.) which may affect the validity of the insurance policies.

Lu et approuvé / *Certified correct*

Date
Date

Signature du fonctionnaire
Signature of the Official