

**Déclaration de sinistre – *Insurance claim***

**La demande concerne le membre suivant – *The request concerns the following member :***

|  |  |
| --- | --- |
| Nom – *Last name* | Prénom – *First name* |
| Tél – *Phone* | E-mail |
| Ville - City | Pays - Country |
| Membre de l’association du personnel/syndicat – Member of the staff association/union | Nom complet de l’organisation/Full name of the Organization |
| Nom du Président/Chef de l’association du personnel/syndicat – Name of the President/Chair of your staff association | |

**A quelle date a été payée la première cotisation ? – *When was the first contribution paid ?***

**Quel est l’avocat souhaité et pourquoi? – *Which lawyer is desired and for which reasons?***

**J’ai utilisé toutes les options disponibles pour mon cas dans l’organisation – I have exhausted all possible options for my case within the organization**

**Please tick: OMB  SA Representative  HR Officer/Director  Medical Service  Counsellor  other, please specify ..................**

**Description du litige – *description of the claim :***

*Merci de joindre à cette demande l’ensemble des pièces pour l’analyse de la demande - Please attach all relevant documents to this request to enable its analysis*

*Merci de se référer aux Conditions générales d’assurance avant signature - Please refer to the General Conditions of insurance avant signature.*

**Lieu/Place et/and date :**

**Signature : President/Chef**

**Signature : Membre/Insured**

**Please send the completed form to; with a cc copy to** [**ficsa@un.org**](mailto:ficsa@un.org) **:**



**Alexandre Brunet**

**Generali Assurances**

**Conseiller en assurances T +41 79 176 76 07**

**Intermédiaire diplômé AFA** [**alexandre.brunet@generali.com**](mailto:alexandre.brunet@generali.com)

Agence Centre-Ville Genève

Rue du Rhône 67

CP 3031

1211 Genève 3

T +41 58 471 94 14

F +41 58 471 94 95

[www.generali.ch](http://www.generali.ch/)