



CCPPNU

Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies

FORMULAIRE PENS.A/2 FR
Vous trouverez des informations
sur la manière de remplir
le présent formulaire dans les
[instructions relatives au formulaire](#)
[PENS.A/2 FR \(04.2025\)](#).



Prière de dactylographier ou d'écrire en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE. Toutes les pages doivent être datées et signées à la main.

DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES D'UN VERSEMENT RÉSIDUEL ET DE TOUTE PRESTATION RÉTROACTIVE DUE

en vertu de l'article 38 des Statuts et de la section J.3 du Règlement administratif de la Caisse

Section 1 :

Informations sur le ou la participant.e

Numéro d'identification unique (UID) (obligatoire)	Numéro d'immatriculation à la Caisse (facultatif)	R/ Numéro de dossier de retraite (facultatif)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Nom de famille	Prénom	Autres prénoms	
Numéro et rue de l'adresse postale		Ville	
État ou province	Code postal	Pays	
+ _____			
Indicatif du pays	Indicatif régional	Numéro de téléphone	Adresse électronique personnelle

Section 2 :

Désignation des bénéficiaires

Le total des parts doit être égal à 100 %. Si les parts en pourcentage ne sont pas indiquées ou si leur total n'est pas égal à 100, la somme sera partagée à parts égales entre les bénéficiaires.

BÉNÉFICIAIRE 1

Nom complet	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe	Nature de la relation	Part (%)
Adresse postale				
+ _____				
Indicatif du pays	Indicatif régional	Numéro de téléphone	Adresse électronique	

Informations supplémentaires (exemple: si le ou la bénéficiaire est mineur.e, veuillez fournir les coordonnées du parent ou du tuteur ou de la tutrice légal.e désigné.e qui en a la garde)

Signature (veuillez signer dans l'encadré ci-dessous, sans dépasser)

Date (jj/mm/aaaa)



Section 2 :

(suite)

BÉNÉFICIAIRE 2

Nom complet _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____ Sexe _____ Nature de la relation _____ Part (%) _____

Adresse postale _____

+ _____
Indicatif du pays _____ Indicatif régional _____ Numéro de téléphone _____ Adresse électronique _____

Informations supplémentaires (si le ou la bénéficiaire est mineur.e, veuillez fournir les coordonnées du parent ou du tuteur ou de la tutrice légal.e désigné.e qui en a la garde)

BÉNÉFICIAIRE 3

Nom complet _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____ Sexe _____ Nature de la relation _____ Part (%) _____

Adresse postale _____

+ _____
Indicatif du pays _____ Indicatif régional _____ Numéro de téléphone _____ Adresse électronique _____

Informations supplémentaires (si le ou la bénéficiaire est mineur.e, veuillez fournir les coordonnées du parent ou du tuteur ou de la tutrice légal.e désigné.e qui en a la garde)

BÉNÉFICIAIRE 4

Nom complet _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____ Sexe _____ Nature de la relation _____ Part (%) _____

Adresse postale _____

+ _____
Indicatif du pays _____ Indicatif régional _____ Numéro de téléphone _____ Adresse électronique _____

Informations supplémentaires (si le ou la bénéficiaire est mineur.e, veuillez fournir les coordonnées du parent ou du tuteur ou de la tutrice légal.e désigné.e qui en a la garde)

Si vous désignez plus de quatre bénéficiaires, veuillez cocher la case ci-dessous et joindre au présent formulaire le ou les feuillets supplémentaires correspondants.

Signature (veuillez signer dans l'encadré ci-dessous, sans dépasser)

_____ Date (jj/mm/aaaa)



Section 3 :

Confirmation et signature

JE CONFIRME QUE :

- Je désigne la ou les personne.s ou institution.s indiquées à la section 2 ci-dessus et à la section 2 du feuillet supplémentaire, le cas échéant, comme bénéficiaire.s de tout versement résiduel et de toute prestation rétroactive qui me seraient dus à mon décès.
- J'ai pris connaissance de [l'article 38 des Statuts et des sections B.5 et J.3 du Règlement administratif de la Caisse](#).
- J'ai pris connaissance des [instructions relatives au formulaire PENS.A/2 FR \(04.2025\)](#).
- Je comprends que la présente désignation annule toutes les désignations antérieures et que je peux la modifier par la suite en soumettant un nouveau formulaire.
- Je comprends qu'un nouveau formulaire de désignation doit être rempli pour chaque nouvelle période de participation.

Section 4 :

Authentification de signature (cette section ne doit être remplie QUE si un.e des bénéficiaires désigné.es est une institution)

JE SOUSSIGNÉ.E CERTIFIE QUE LA PERSONNE DONT L'IDENTITÉ EST INDIQUÉE À LA SECTION 1 CI-DESSUS A SIGNÉ LE PRÉSENT FORMULAIRE EN MA PRÉSENCE.

Nom complet, en caractères d'imprimerie, du ou de la fonctionnaire des Nations Unies
OU de l'agent.e d'un service public OU du ou de la notaire

Adresse électronique

Titre officiel et numéro de licence OU numéro d'index

Signature

Date (jj/mm/aaaa)

Cachet officiel/sceau de fonction

UNIQUEMENT POUR LES PERSONNES NOUVELLEMENT ADMISES OU RÉADMISES À LA CAISSE :

Vous pouvez peut-être obtenir également la validation d'une période de service pendant laquelle vous n'étiez pas affilié.e à la Caisse et/ou la restitution d'une période d'affiliation antérieure, le cas échéant, en vertu des articles 23 et 24 des Statuts, à condition d'en faire la demande dans un délai d'un an à compter de la date de votre admission ou réadmission, mais avant la date de votre cessation de service si celle-ci est antérieure. Vous pouvez en outre vous prévaloir, le cas échéant, des dispositions d'un accord de transfert conclu par la Caisse en vertu de l'article 13 des Statuts en vue d'assurer la continuité des droits à pension, conformément aux termes de l'accord en question. Pour de plus amples informations, voir le site de la Caisse, à l'adresse www.unjspf.org/fr/.

Signature (veuillez signer dans l'encadré ci-dessous, sans dépasser)

Date (jj/mm/aaaa)