



# CCPPNU

Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies

FORMULAIRE PENS.E/2-B FR

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



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

## INSTRUCTIONS DE PAIEMENT CONCERNANT LES PRESTATIONS DE SURVIVANT

### Section 1 : Informations sur le ou la participant.e ou le ou la retraité.e décédé.e

\_\_\_\_\_  
Numéro d'identification unique (UID) (obligatoire)

\_\_\_\_\_  
Numéro d'immatriculation à la Caisse (facultatif)

\_\_\_\_\_  
Nom de famille

\_\_\_\_\_  
Prénom

\_\_\_\_\_  
Autres prénoms

### Section 2 : Informations sur le ou la survivant.e

\_\_\_\_\_  
Numéro d'identification unique (UID) (obligatoire)

\_\_\_\_\_  
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

### Section 3 : Informations sur le tuteur ou la tutrice légal.e désigné.e (le cas échéant)

\_\_\_\_\_  
Nom de famille

\_\_\_\_\_  
Prénom

\_\_\_\_\_  
Autres prénoms

+ \_\_\_\_\_  
Indicatif du pays    Indicatif régional    Numéro de téléphone

\_\_\_\_\_  
Adresse électronique

### Section 4 : Type de prestation(s) due(s) au titre des Statuts de la Caisse

Veuillez sélectionner le type de prestation(s) que vous devez percevoir en vertu des Statuts de la Caisse

☐ Pension de réversion du conjoint survivant (article 34)

☐ Pension de conjoint divorcé survivant (article 35 bis)

☐ Pension de conjoint épousé après la date de cessation de service (article 35 ter)

☐ Pension d'enfant (article 36)

☐ Pension de personne indirectement à charge (article 37)

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

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa)



## Section 5 :

### Données bancaires

1. Nom du ou de la destinataire des paiements (veuillez indiquer votre nom complet tel qu'il figure sur vos relevés bancaires)

2. Nom de la banque ou de l'institution financière

4. Code d'identification de la banque (code SWIFT, numéro de routage ACH, code guichet (sort code), numéro de transit, IFSC, code BSB, NCC, etc.)

6. Nom de l'agence (le cas échéant)

8. Numéro et rue de l'adresse postale de la banque

État ou province

Code postal

9. Banque intermédiaire ou correspondant bancaire (le cas échéant)

Ville de la banque intermédiaire ou du correspondant bancaire

10. Données bancaires complémentaires (le cas échéant)

Si votre compte est détenu dans une institution telle qu'une société de courtage (plan d'épargne-retraite personnel), le Service d'épargne et de prêt du personnel de l'UNESCO (SEPU), l'AMFIE/AMFI ou l'UNSSCA, veuillez indiquer ce qui suit :

Nom de l'institution financière

3. Numéro de compte et/ou IBAN du ou de la bénéficiaire

5. Monnaie de paiement (sauf indication contraire, le paiement sera effectué en dollars des États-Unis)

Compte courant

Compte d'épargne

7. Type de compte

Ville

Pays

Code SWIFT de la banque intermédiaire ou du correspondant bancaire

Pays de la banque intermédiaire ou du correspondant bancaire

Code d'identification de la banque

Numéro de compte du ou de la bénéficiaire détenu dans l'institution financière

11. Autres informations (le cas échéant)

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

Date (jj/mm/aaaa)



## Section 6 :

### Personne à contacter en cas d'urgence

|                                    |                    |                      |
|------------------------------------|--------------------|----------------------|
| 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  |
| Nature de la relation              |                    | Adresse électronique |

## Section 7 :

### Confirmation et signature

JE CONFIRME QUE :

- J'ai pris connaissance des [articles pertinents des Statuts de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies](#).
- J'ai pris connaissance des [instructions relatives au formulaire PENS.E/2-B FR \(04.2025\)](#).
- Je joins une copie d'une **pièce d'identité officielle avec photo en cours de validité** sur laquelle apparaissent mon nom complet, ma date de naissance, ma signature manuscrite ainsi que tous les documents requis indiqués dans les [instructions relatives au formulaire PENS.E/2-B FR \(04.2025\)](#).

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

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa)

## Section 8 :

### Authentification de signature

JE SOUSSIGNÉ.E CERTIFIE QUE LA PERSONNE DONT L'IDENTITÉ EST INDIQUÉE À LA SECTION 2 OU 3 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