



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