

# CAISSE COMMUNE DES PENSIONS DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES

## Instructions concernant le versement des prestations

(Pour les participants qui comptent moins de 5 ans d'affiliation)

Numéro UID (Numéro unique)

--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. En tant que participant à la Caisse des pensions comptant moins de 5 ans d'affiliation, vous aurez droit à votre cessation de service, à un versement de départ au titre de la liquidation de vos droits, en vertu de l'article 31 b) i) des Statuts.
2. Si vous pensez avoir droit à une prestation de type différent, ne remplissez pas la présente formule, mais consultez à ce sujet le Secrétaire de votre comité des pensions. En particulier, si vous estimez pouvoir prétendre à une pension d'invalidité, reportez-vous à la disposition H.6 du Règlement administratif.
3. Si vous désirez demander l'ajournement du versement pendant un délai de 36 mois, en vertu des dispositions de l'article 32 des Statuts, veuillez indiquer votre adresse postale et signer la déclaration ci-après.
4. Si vous désirez recevoir dès que possible le versement auquel vous avez droit, veuillez remplir uniquement la page 2 de la présente formule et la renvoyer immédiatement au Secrétaire de votre comité des pensions.
5. En ce qui concerne la perte des droits aux prestations, veuillez-vous reporter à l'article 46 des Statuts.

---

*NOTE: Ne remplissez la partie ci-après QUE si vous demandez l'ajournement du versement en vertu des dispositions de l'article 32 des Statuts. Veuillez noter que votre compte ne porte intérêt que jusqu'à la date de votre cessation de service. Si vous demandez l'ajournement, veuillez renvoyer la présente page au Secrétaire de votre comité des pensions et CONSERVER la page 2, que vous utiliserez pour nous notifier votre décision définitive.*

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ demande que le versement de ma prestation  
(Nom en lettres d'imprimerie)  
soit différé pour une durée pouvant atteindre 36 mois, conformément aux dispositions de l'article 32 des Statuts.

Mon adresse postale sera à l'avenir la suivante :

\_\_\_\_\_  
(Numéro et rue)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ville)

\_\_\_\_\_

(Code postal)

(Pays)

\_\_\_\_\_  
(Courriel personnel)

\_\_\_\_\_  
(Numéro de téléphone (Domicile ou cellulaire))

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

# CAISSE COMMUNE DES PENSIONS DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES

## Instructions concernant le versement des prestations

Numéro UID (Numéro unique)

(Pour les participants qui comptent moins de 5 ans d'affiliation)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prière de DACTYLOGRAPHIER ou D'ÉCRIRE EN LETTRES D'IMPRIMERIE – NE PAS EMPLOYER ABRÉVIATIONS

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ donne ci-après  
(Nom) (Prénoms)  
mes instructions pour le paiement de la prestation à laquelle j'ai droit.

**NOTE:** Le paiement doit être fait à votre nom et à votre compte uniquement. Si vous n'êtes pas titulaire d'un compte bancaire et que vous n'êtes pas en mesure d'en ouvrir un, le paiement peut vous être adressé aux bons soins d'un bureau de l'Organisation des Nations Unies. La prestation ne peut être envoyée à une adresse postale ni versée à un tiers.

### A. Instructions de paiement :

Veuillez effectuer les paiements à mon compte, comme suit :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT FINANCIER	NUMÉRO DU COMPTE
(NOM DE L'AGENCE, LE CAS ÉCHÉANT)	Code ou adresse ABA, SWIFT, BLZ, ABI, CAB ou autre à utiliser pour les virements (à obtenir auprès de votre banque).
(NUMÉRO ET RUE)	
(VILLE, ÉTAT, CODE POSTAL, PAYS)	

**NOTE:** Les prestations sont payables en toute monnaie choisie par le bénéficiaire. Toutefois, sauf indication contraire, les paiements seront effectués en dollars des États-Unis. Si le bénéficiaire opte pour une monnaie autre que le dollar des États-Unis, c'est la banque qui effectuera la conversion, sans intervention de la Caisse\*.

Monnaie de paiement :

Dollar des États-Unis OU  Autre monnaie

\_\_\_\_\_  
(Veuillez préciser)

### B. Adresse postale (à indiquer dans tous les cas) :

\_\_\_\_\_  
(Numéro et rue)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Courriel personnel)

\_\_\_\_\_  
(Ville)

\_\_\_\_\_  
(Code postal) (Pays)

\_\_\_\_\_  
(Numéro de téléphone (Domicile ou cellulaire))

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

\* (La seule exception étant le cas, qui se produit rarement, où s'applique l'alinéa c) de la règle J.2 du règlement administratif.)