|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NATIONS |  | UNIES | DÉSIGNATION, CHANGEMENT OU RÉVOCATION DE BÉNÉFICIAIRE |
| À compléter par le (la) FONCTIONNAIRE et à soumettre au (à la) SPÉCIALISTE DES RESSOURCES HUMAINES | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Je soussigné(e) *(prénom, deuxième prénom, nom de jeune fille, nom de famille)* | Numéro de code | Né(e) le *(jour, mois, année)* |
| Organisation/Département/Division/Bureau | Lieu d’affectation | |
| désigne comme **bénéficiaire(s)**,au titre de la disposition 1.6 du Règlement du personnel, de toutes les sommes (traitement, indemnités et paiement des jours de congé annuel accumulés) figurant à mon crédit au moment de mon décès la (les) personne(s) dont le nom suit. J’ai été informé(e) que cette désignation n’a pas d’incidence sur le paiement du capital-décès ou de la prime de rapatriement dont peuvent bénéficier, conformément au Règlement du personnel, l’éventuel(le) conjoint(e) survivant(e) et les éventuels enfants à charge.  J’ai également été informé(e) que si je décède à la suite d’un incident couvert par la police d’assurance contre les actes de malveillance, les indemnités prévues par cette police d’assurance seront versées à la (aux) personne(s) bénéficiaire(s) désignée(s) ci-après, sauf si je laisse un(e) conjoint(e) survivant(e) et/ou des enfants à charge, auquel cas les indemnités leur seront versées. | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM DE LA (DES) PERSONNE(S) BÉNÉFICIAIRE(S) | DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AA) | GENRE | ADRESSE | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE | LIEN DE PARENTÉ | PART À VERSER  (%) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | ***(Le total des parts doit être égal à 100 %)*** | | |  |

La part de toute personne bénéficiaire qui viendrait à décéder avant moi sera répartie à égalité entre les personnes bénéficiaires survivantes. Si aucune des personnes bénéficiaires désignées ne me survit, la totalité de la somme sera versée à ma succession.

J’annule toute désignation de bénéficiaire que j’ai pu faire antérieurement à cette fin et je me réserve le droit d’annuler ou de changer à tout moment toute désignation de bénéficiaire, selon les modalités et dans les formes prescrites par l’Organisation des Nations Unies, sans avoir à informer les intéressés ni à solliciter leur consentement.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | ***Signature [devant témoin (voir plus bas)]*** |  |  | Date |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PERSONNE À AVISER EN CAS D’URGENCE | LIEN DE PARENTÉ | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE | ADRESSE ÉLECTRONIQUE |
| ADRESSE | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TÉMOIN Je soussigné(e), n’ayant aucun intérêt pécuniaire direct ou indirect en la matière, certifie que la déclaration qui précède a été | | | | | | |
| signée en ma présence par le (la) fonctionnaire le | |  |  |  | . |  |
| (jour) |  | (mois) | (année) |  |
| (Nom et signature du (de la) spécialiste des ressources humaines de l’ONU agissant en qualité de témoin) | (Adresse du (de la) spécialiste des ressources humaines de l’ONU agissant en qualité de témoin) | | | | | |