|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FAO_black_50 | organisation des nations unies pour l’alimentation et l’agriculturedésignation de bénéficiaires (Sommes dues par la FAO) | | | | | | | | *INSTRUCTIONS*  *Remplir à la machine ou en caractères d’imprimerie. Adresser deux exemplaires à* | | | | |
| La présente désignation est sans effet sur la prestation due des CCPPNU qui fait l’objet d’un autre imprimé: Désignation de bénéficiaires d’un versement résiduel. D’autres formulaires de Désignation de bénéficiaires doivent être complétés pour l’Assurance collective couvrant le décès. l’accident et l’invalidité et la Mutuelle de crédit de la FAO. | | | | | | | | | *l’administrateur divisionnaire du personnel. Un exemplaire vous sera retourné comme confirmation.* | | | | |
| Nom du fonctionnaire  **Mohamed Abdellahi Tah** | | | Numéro de matricule  **-** | Division  **-** | Numéro de bureau (siège)  **-** | | Lieu d’affectation/pays (terrain)  **-** | | | | | | Grade  **-** |
| **DÉCLARATION**  En cas de décès, je demande à l’Organisation des Nations Unies pour l’alimentation et l’agriculture (FAO) de verser à la (aux) personne(s) indiquée(s) ci-après toutes sommes que la FAO pourrait me devoir en vertu du Règlement et du Statut du personnel. Je me réserve expressément le droit de modifier à tout moment la liste des bénéficiaires ci-dessous, sans en informer ceux-ci ni leur demander leur consentement.  ***NOTE POUR LE FONCTIONNAIRE***  **1.** Si l’un des bénéficiaires meurt avant vous, vous devez remplir un nouveau formulaire, faute de quoi, si vous deviez décéder, sa part serait répartie entre les bénéficiaires survivants proportionnellement à leurs parts respectives.  **2.** Sauf indication contraire ci-après, la FAO présumera que: - si vous avez désigné plusieurs bénéficiaires, chacun recevra une part égale; - si aucun bénéficiaire ne vous survit, leurs parts seront versées à votre succession.  **3.** Si l’un des bénéficiaires ci-dessous est un mineur, vous êtes prié de désigner un tuteur (représentant légal) et de donner son nom et son adresse. Un nouveau formulaire doit être rempli lorsque le mineur atteint sa majorité ou si un changement survient concernant son tuteur (représentant légal).  **4.** Si, malgré l’envoi de plusieurs lettres recommandées, un bénéficiaire demeure introuvable pendant une année à compter du décès du fonctionnaire, la part dudit bénéficiaire est traitée comme si celui-ci était mort avant le fonctionnaire.  **5.** Certaines dispositions législatives relevant du droit national peuvent trouver application en matière successorale et tutélaire. Vous devez donc vous assurer que toute désignation est faite en conformité avec le droit national applicable afin d’éviter que la personne ainsi désignée soit forcée de défendre sa position devant les tribunaux nationaux. A cet égard, veuillez noter qu’il pourrait s’avérer nécessaire de modifier cette “Désignation de bénéficiaire” si les circonstances le justifient. | | | | | | | | | | | | | |
| Nom des bénéficiaires | | Adresse complète | | | | | | Lien de  parenté | | Date de naissance | | Part en pourcentage | |
| **1** | **Mohamed Moloud Mohamed Abdellahi** | | **Sogogim K106**  **Nouakchott** | | | | | | **Fils** | | **Avril 1987** | | **25** | |
| **2** | **Tah Mohamed Abdellahi** | | **Nouakchott** | | | | | | **Fils** | | **Mai 90** | | **25** | |
| **3** | **Mohamed yahya mohamed Abellahi** | | **Socogim K106** | | | | | | **Fils** | | **Nov 92** | | **25** | |
| **4** | **Mohamed Mohamed Abdellahi** | | **SocogimK106** | | | | | | **Fils** | | **Mars 97** | | **25** | |
| Observations ou instructions particulières (voir les paragraphes 302.9. 629 et 302.9.121 du Règlement du personnel, qui traitent du paiement de la prime de rapatriement et de l’indemnité en cas de décès)              Date **12/01/2017** Signature du fonctionnaire | | | | | | | | | | | | | |
| Nous soussignés, n’ayant d’intérêt ni direct ni indirect en la matière, certifions que le signataire de ce document nous est personnellement connu et que ledit document a été signé par lui en notre présence et en la présence les uns des autres  le: | | | | | | | | | | | | | |
| Nom du témoin  (en caractères d’imprimerie) | | Adresse complète | | | | Numéro de matricule | | | | | Signature | | |
| **1** | **Ahmeda Mohamed Ahmed** | |  | | | |  | | | | |  | | |
| **2** | **Rama sall** | |  | | | | **362236** | | | | |  | | |

**1. PE 13/1**  **2. FONCTIONNAIRE**