



# Caisse Nationale d'Assurance Pension

www.cnap.lu

## Demande en obtention d'une PENSION DE SURVIE

à adresser à la : **CNAP**  
**L-2096 Luxembourg**

### 1. Renseignements concernant le demandeur

Nom:	.....
Nom de jeune fille (pour femmes mariées):	.....
Prénoms (souligner le prénom usuel):	.....
Lieu de naissance:	.....
Date de naissance:	..... Nationalité: .....
Matricule:	.....
Etat civil:	célibataire    marié(e)    veuf(ve)    divorcé(e)    séparé(e) remarié(e)    partenaire    ancien partenaire
Adresse:	Pays: ..... -                      Localité: ..... (code postal)
Numéro et Rue:	.....
Téléphone:	..... Portable: .....
Votre compte bancaire	<b>Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire</b>

Relation avec l'assuré(e) décédé(e):	veuf, veuve, partenaire conjoint divorcé(e) / ancien partenaire autre parent orphelin / tuteur d'orphelin(s)
Date et lieu du mariage / partenariat:	.....
Si le mariage / partenariat a été dissous indiquez la date:	.....

Avez-vous contracté d'autres mariages / partenariats?            oui            non

Si oui indiquez les renseignements suivants au sujet de ce conjoint / partenaire:

Nom et prénoms:	.....
Lieu et date de naissance:	.....
Lieu et date du mariage / partenariat:	.....
Date du divorce / de la dissolution du partenariat:	.....
Lieu et date du décès:	.....

Avez-vous vécu avec le (la) défunt(e) en ménage commun?    oui            non

Votre entretien a-t-il été à charge du (de la) défunt(e)?            oui            non

Exercez-vous une occupation professionnelle?            oui            non            salariée            non salariée

Nom et adresse de l'employeur: .....

## 2. Indications au sujet du bénéfice d'une pension ou d'une rente du demandeur

Etes-vous actuellement titulaire d'une pension de la part d'un des régimes luxembourgeois suivants? oui non

Etat ou établissement public  
 Caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux  
 Chemins de fer luxembourgeois  
 Banque centrale du Luxembourg

Touchez-vous des prestations de la part des institutions suivantes ou en avez-vous fait la demande? oui non

Fonds national de solidarité  
 Office social communal  
 Fonds de chômage luxembourgeois ou étranger

Etes-vous bénéficiaire d'une pension ou d'une rente de la part d'un organisme d'assurance étranger ou international ?

oui non

Si oui, indiquez le nom et l'adresse de l'institution débitrice: .....

.....

## 3. Renseignements concernant les orphelins

Veillez uniquement indiquer les enfants pour lesquels une pension d'orphelin peut être accordée, à savoir: les enfants légitimes, légitimés, adoptifs, naturels de l'assuré(e) décédé(e), ainsi que tous les enfants, orphelins de père et de mère, à condition que l'assuré(e) ou le bénéficiaire de pension en ait assumé l'entretien et l'éducation pendant les dix mois précédant son décès et qu'ils n'aient pas droit à une pension d'orphelin du chef de leurs auteurs.

**La pension d'orphelin n'est accordée que jusqu'à l'âge de 18 ans, en cas de formation professionnelle jusqu'à l'âge de 27 ans.**

Nom et prénom de l'enfant	Matricule ou date de naissance	Lieu de naissance	Observation (*)

\* Indiquez si l'enfant est marié, infirme, décédé (date de décès), apprenti, s'il continue ses études ou s'il exerce une occupation professionnelle.

## 4. Renseignements concernant l'assuré(e) décédé(e)

Nom: .....

Nom de jeune fille (pour femmes mariées): .....

Prénoms (souligner le prénom usuel): .....

Lieu et date de naissance: .....

Matricule: .....

Nationalité: .....

Lieu et date de décès: .....

Cause du décès: maladie accident de travail ou maladie professionnelle  
accident de circulation autre (à préciser)

Si l'assuré(e) est décédé(e) en activité de service, indiquez le nom et l'adresse du dernier employeur:

L'assuré(e) décédé(e) bénéficiait-t-il (elle) d'une pension luxembourgeoise ou étrangère lors du décès?                      oui                      non

Si oui, indiquez la ou les institutions débitrices: .....

L'assuré(e) décédé(e) avait-il (elle) contracté un ou plusieurs mariages / partenariats en dehors de celui avec le demandeur de la pension de survie?                      oui                      non                      **si oui, la rubrique subséquente est à remplir obligatoirement !**

	1er mariage / partenariat	2e mariage / partenariat
Nom et prénoms du conjoint / partenaire:	.....	.....
Lieu et date de naissance:	.....	.....
Lieu et date du mariage / partenariat:	.....	.....
Date du divorce / de la dissolution du partenariat:	.....	.....
Date du remariage / du nouveau partenariat:	.....	.....
Lieu et date de décès:	.....	.....

### Remarque:

Si l'assuré(e) décédé(e) était bénéficiaire d'une pension au moment du décès, les rubriques suivantes ne sont plus à remplir obligatoirement. **N'oubliez pas de signer la demande à la dernière page!**

## 5. Affiliation à un régime de pension luxembourgeois

Si l'assuré(e) décédé(e) avait touché un **remboursement de cotisations** auprès d'un des régimes de pension suivants, veuillez cocher la case appropriée :

Caisse de pension agricole

Caisse de pension des artisans, commerçants et industriels

Caisse de pension des employés privés

Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité

**Périodes d'occupation** auprès de l'un des employeurs suivants :                      oui                      non

Si oui, auprès de quel employeur ?

Etat                      de.....à.....

Administration communale                      de.....à.....

Etablissement public ou d'utilité publique                      de.....à.....

Chemins de fer luxembourgeois                      de.....à.....

Banque centrale du Luxembourg                      de.....à.....

Veuillez indiquer le nom de la commune ou de l'établissement: .....

**Service militaire** dans l'armée luxembourgeoise :                      oui                      non

Si oui,                      obligatoire                      de.....à.....                      de.....à.....

                    volontaire                      de.....à.....                      de.....à.....

L'assuré(e) décédé(e) a-t-il (elle) siégé dans une des institutions suivantes?

Chambre des Députés                      de.....à.....                      de.....à.....

Conseil d'Etat                      de.....à.....                      de.....à.....

Parlement Européen                      de.....à.....                      de.....à.....

**6. Affiliation à un régime de pension non-luxembourgeois (à l'étranger) oui non  
(joindre pièces à l'appui)**

Pays	du	au	Nom et adresse de l'employeur	Matricule et organisme assureur	Profession: ouvrier, employé, non salarié, fonctionnaire

**7. Périodes complémentaires (au sens de l'article 172 du Code de la sécurité sociale)  
joindre pièces à l'appui**

L'assuré(e) a-t-il (elle) été titulaire d'une pension d'invalidité de la part d'un régime luxembourgeois avant le 01.01.1988? oui non

Si oui, de la part de quel organisme? .....

L'assuré(e) a-t-il (elle) suivi(e) des études secondaires, supérieures, universitaires ou une formation professionnelle, non indemnisée, entre la 18e et la 27e année d'âge accomplie? oui non

L'assuré(e) a-t-il (elle) élevé au Luxembourg des enfants de moins de 6 ans ou un enfant infirme de moins de 18 ans? oui non

Nom et prénom de l'enfant	Matricule ou date de naissance	L'enfant est-il infirme?		Pays et commune de résidence de l'enfant jusqu'à l'âge de 6 ans
		oui	non	
		oui	non	
		oui	non	
		oui	non	
		oui	non	
		oui	non	

L'assuré(e) a-t-il (elle) exercé une activité professionnelle non salariée au Luxembourg avant la création des régimes de pension respectifs? oui non

Si oui, artisanale, commerciale  
libérale  
agricole, viticole, horticole

L'assuré(e) a-t-il (elle) soigné à partir du 01.01.1990 un bénéficiaire d'une allocation de soins ou d'une prestation assimilée ? oui non

1) le nom et l'adresse du bénéficiaire: .....

2) la période pendant laquelle vous avez, avant l'âge de 65 ans, donné ces soins: .....

3) de quelle prestation s'agit-il?

- allocation de soins prévue par la loi du 22.05.1989
- allocation spéciale pour personnes gravement handicapées
- majoration de la rente d'accident en vertu de l'article 97, alinéa 9, du Code des assurances sociales
- majoration du complément du revenu minimum garanti prévu par l'article 3 de la loi modifiée du 26.07.1986

**Je déclare avoir pris connaissance du fait que de faux renseignements ou la non-réponse aux questions figurant sur la présente demande menant à l'allocation ou la continuation du paiement de prestations non dues, donnent lieu à la restitution des montants en question, sans préjudice des sanctions pénales prévues par la loi.**

**Je confirme l'exactitude des déclarations ci-dessus et je m'engage à fournir tous les changements ultérieurs y relatifs.**

....., le .....

.....  
(Signature)

### **Pièces justificatives à produire:**

Conformément à l'article 398 du Code de la sécurité sociale, ces pièces sont délivrées gratuitement:

1. Un extrait de l'acte de décès de l'assuré(e).
2. Un extrait de l'acte de mariage /de la déclaration de partenariat délivré après le décès de l'assuré(e).
3. Un certificat d'études ou une copie du contrat d'apprentissage pour chaque enfant âgé entre 18 et 27 ans.
4. Une copie de l'acte de tutelle pour les orphelins de père et de mère mineurs.