



Demande de PENSION

Pension de vieillesse anticipée entre l'âge de 57 et 65 ans

Pension de vieillesse à l'âge de 65 ans

Pension d'invalidité

ou

Demande de REMBOURSEMENT de cotisations après l'âge de 65 ans

Veillez cocher la case appropriée.

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 **Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire**

Dernière activité: salariée non salariée

Touchez-vous des indemnités pécuniaires de maladie? oui non

Bénéficiez-vous d'un reclassement interne ou externe? oui non

Renseignements complémentaires concernant uniquement le demandeur de la pension d'invalidité:

Veillez indiquer l'origine de votre invalidité en cochant une ou plusieurs des cases suivantes:

maladie

accident du travail ou maladie professionnelle

accident de circulation

autre (à préciser)

.....

2. Affiliation à un régime de pension luxembourgeois

Avez-vous bénéficié dans le passé d'un **remboursement de cotisations** ? oui non
 Si oui, auprès de quelle institution ?

- 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.....

Avez-vous siégé dans une des institutions suivantes ? oui non

- Chambre des Députés de.....à..... de.....à.....
- Conseil d'Etat de.....à..... de.....à.....
- Parlement Européen de.....à..... de.....à.....

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

oui non

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

* sont visées les périodes d'occupation en dehors du Luxembourg

Avez-vous 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

Avez-vous 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

7. Renseignements concernant le conjoint / partenaire

Nom:

Nom de jeune fille (pour femmes mariées):

Prénoms (souligner le prénom usuel):

Lieu de naissance:

Date de naissance:

Matricule:

Nationalité:

Lieu et date du mariage / du contrat de partenariat:

Lieu et date du divorce / de la dissolution du partenariat:

Le conjoint / partenaire exerce-t-il une occupation professionnelle? oui non

Si oui, cochez la case appropriée: salariée non salariée

Nom et adresse de l'employeur:

Le conjoint / partenaire est-il titulaire d'une pension? oui non

Si oui, indiquez la nature de la pension : invalidité vieillesse survie

Numéro de la pension:

Institution débitrice:

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)