

# Demande

- en obtention de la pension d'invalidité
- en obtention de la pension de vieillesse anticipée entre l'âge de 57 et 65 ans
- en obtention de la pension de vieillesse à l'âge de 65 ans
- en obtention du remboursement de cotisations après l'âge de 65 ans

Veillez cocher la case appropriée.

à adresser à la

**Caisse Nationale d'Assurance Pension**  
**L-2096 Luxembourg**  
Tél.: 22 41 41 – 1

## 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:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Etat civil:	célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> remarié(e) <input type="checkbox"/> partenaire <input type="checkbox"/> ancien partenaire <input type="checkbox"/>
Adresse:	Pays: ..... - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Localité: ..... (code postal)
Numéro et Rue:	.....
Téléphone:	..... Portable: .....
Institut bancaire ou compte chèque postal:	.....
Numéro de compte:	.....

**Joindre obligatoirement une pièce officielle, un formulaire de virement blanc ou un relevé d'identité bancaire de l'institut financier sus indiqué!**

Dernière journée effective de travail:	.....
Dernière activité:	salariée <input type="checkbox"/> non salariée <input type="checkbox"/>
Touchez-vous des indemnités pécuniaires de maladie?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Bénéficiez-vous d'un reclassement interne ou externe?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

### 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 de travail ou maladie professionnelle   
accident de circulation  autre accident

Afin de permettre au Contrôle médical de la sécurité sociale d'apprécier votre état de santé actuel, veuillez indiquer le nom, prénom et l'adresse du ou des médecins traitants:

- 1).....  
2).....

## 2) Affiliation à un régime de pension luxembourgeois

Si vous avez bénéficié dans le passé d'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'Etat
- d'une commune
- d'un établissement public ou d'utilité publique
- des chemins de fer luxembourgeois

de.....à..... de.....à.....

Dans l'une des trois premières hypothèses veuillez indiquer l'administration ou la commune:

.....

### Service militaire dans l'armée luxembourgeoise

- obligatoire
- volontaire

de.....à..... de.....à.....

de.....à..... de.....à.....

### Périodes comme membre

- de la Chambre des Députés
- du Conseil d'Etat
- du Parlement Européen

de.....à..... de.....à.....

de.....à..... de.....à.....

## 3) Affiliation à un régime de pension étranger (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

## 4) Indications au sujet du bénéfice d'une pension ou d'une rente

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

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: .....

.....



<p>Lieu et date du mariage / du contrat de partenariat:</p> <p>Lieu et date du divorce / de la dissolution du partenariat:</p> <p>Le conjoint / partenaire exerce-t-il une occupation professionnelle?</p> <p style="padding-left: 40px;">Si oui, cochez la case appropriée:</p> <p style="padding-left: 80px;">Nom et adresse de l'employeur:</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>salariée <input type="checkbox"/> non salariée <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Le conjoint / partenaire est-il titulaire d'une pension?</p> <p style="padding-left: 40px;">Si oui, indiquez la nature de la pension :</p> <p style="padding-left: 80px;">Numéro de la pension:</p> <p style="padding-left: 80px;">Institution débitrice:</p>	<p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>invalidité <input type="checkbox"/> vieillesse <input type="checkbox"/> survie <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p>

**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)