

## Demande de Pension

1) Renseignements concernant le demandeur	
Nom et prénom(s) :	<input style="width: 400px;" type="text"/>
Matricule :	<input style="width: 200px;" type="text"/>
N° de compte :	<input style="width: 700px;" type="text" value="IBAN LU"/>
2) Affiliation à un régime de pension luxembourgeois	
Etes-vous, ou avez-vous été affilié(e) auprès d'un des régimes de pension suivants :	
<input type="checkbox"/> Caisse de pension agricole <input type="checkbox"/> Caisse de pension des artisans, commerçants et industriels <input type="checkbox"/> Caisse de pension des employés privés <input type="checkbox"/> Établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité <input type="checkbox"/> Caisse nationale d'assurance pension	
Périodes d'occupation auprès	
<input type="checkbox"/> de l'Etat luxembourgeois	du <input style="width: 50px;" type="text"/> au <input style="width: 50px;" type="text"/> du <input style="width: 50px;" type="text"/> au <input style="width: 50px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> des chemins de fer luxembourgeois	Indiquez s.v.p. l'administration ou l'établissement :
<input type="checkbox"/> d'un établissement public ou d'utilité publique	<input style="width: 400px;" type="text"/>
Service militaire dans l'armée luxembourgeoise	
<input type="checkbox"/> obligatoire	du <input style="width: 50px;" type="text"/> au <input style="width: 50px;" type="text"/> du <input style="width: 50px;" type="text"/> au <input style="width: 50px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> volontaire	du <input style="width: 50px;" type="text"/> au <input style="width: 50px;" type="text"/> du <input style="width: 50px;" type="text"/> au <input style="width: 50px;" type="text"/>
Périodes comme membre	
<input type="checkbox"/> de la Chambre des Députés	du <input style="width: 50px;" type="text"/> au <input style="width: 50px;" type="text"/> du <input style="width: 50px;" type="text"/> au <input style="width: 50px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> du Conseil d'Etat	du <input style="width: 50px;" type="text"/> au <input style="width: 50px;" type="text"/> du <input style="width: 50px;" type="text"/> au <input style="width: 50px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> du Parlement Européen	du <input style="width: 50px;" type="text"/> au <input style="width: 50px;" type="text"/> du <input style="width: 50px;" type="text"/> au <input style="width: 50px;" type="text"/>

3) Affiliation à un régime de pension étranger (joindre pièces à l'appui)				<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Pays	du	au	Organisme assureur et matricule	Régime (ouvrier, employé, fonctionnaire, indépendant)	

#### 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 ?

- Caisse nationale d'assurance pension  
 Etat ou établissement public  
 Chemin de fer luxembourgeois

Etes-vous bénéficiaire d'un **forfait d'éducation** (Mammerent) ?  oui  non

Nombre d'enfants :

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 :

#### 5) Renseignements concernant le conjoint / partenaire actuel

Nom et prénom(s) :

Matricule :

Lieu et date du mariage / partenariat :

Occupation professionnelle ?  oui  non

Si oui, 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

- l'institution débitrice :

#### 6) Renseignements concernant le(s) conjoint(s) / partenaire(s) antérieurs

Nom et prénom(s)	Matricule	Date mariage / partenariat	Date fin du mariage / partenariat	Cause de la dissolution (décès, divorce)

Veuillez s.v.pl renvoyer la présente demande à l'adresse postale suivante :

CPFEC  
Boîte postale 328  
L-2013 Luxembourg

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

,le  20

(signature)

Print Form