

Antrag auf Gewährung einer PENSION

- Vorzeitige Alterspension ab dem 57. bis zum 65. Lebensjahr
 Alterspension ab dem 65. Lebensjahr
 Invalidenpension
oder
 Antrag auf Erstattung der Sozialbeiträge nach Vollendung des 65. Lebensjahres

Bitte das Kästchen vor der beantragten Leistung ankreuzen.

Zu richten an : **CNAP**
L-2096 Luxembourg

1. Angaben über den Antragssteller

| | |
|----------------------------|--|
| Geburtsname: | |
| Ehename: | |
| Vorname(n) und Rufname: | |
| Geburtsort: | |
| Geburtsdatum: | Nationalität: |
| Sozialversicherungsnummer: | |
| Zivilstand: | ledig verheiratet verwitwet geschieden getrennt wiederverheiratet eingetragene Partnerschaft aufgelöste Partnerschaft |
| Adresse: | Land: - Ortschaft: (Postleitzahl) |
| Hausnummer und Straße: | |
| Telefonnummer: | Handynummer |
| Ihre Bankverbindung: | Obligatorisch beizufügen ist ein vom Bankinstitut ausgestellter Kontoausweis |

| | | |
|--|----------|---------------|
| Zuletzt ausgeübte Tätigkeit : | entlohnt | selbstständig |
| Beziehen Sie zurzeit Krankengeld ? | ja | nein |
| Sind Sie zurzeit in einer beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahme ? | ja | nein |

Ergänzende Fragen die nur vom Antragsteller einer Invalidenpension zu beantworten sind:

Erteilen Sie bitte Auskunft über den Ursprung Ihrer Invalidität indem Sie eines oder mehrere der nachstehenden Kästchen ankreuzen:

- Krankheit
 Arbeitsunfall oder Berufskrankheit
 Verkehrsunfall
 sonstiger Unfall

2. Zugehörigkeit zu einer luxemburgischen Pensionsversicherung

Wurden Ihnen in vergangener Zeit von einer der folgenden Pensionskassen **Beiträge erstattet** ? ja nein
 Wenn ja, kreuzen Sie bitte das Kästchen vor der zuständigen Stelle an.

- 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

Beschäftigungszeiten bei einem der folgenden Arbeitgeber : ja nein

- Staat von.....bis.....
- Gemeinde von.....bis.....
- öffentliche Verwaltungen von.....bis.....
- Eisenbahn (CFL) von.....bis.....
- Zentralbank (BCL) von.....bis.....

Geben Sie gegebenenfalls die Gemeinde bzw. die Verwaltung an :

Militärdienstzeit in der luxemburgischen Armee : ja nein

- Wenn ja, obligatorisch von.....bis..... von.....bis.....
- freiwillig von.....bis..... von.....bis.....

Waren Sie **Mandatsträger** in einer der folgenden Einrichtungen ? ja nein

- Abgeordnetenversammlung von.....bis..... von.....bis.....
- Staatsrat von.....bis..... von.....bis.....
- Europaparlament von.....bis..... von.....bis.....

| 3. Versicherungszeiten in einem nicht-luxemburgischen Rentensystem * ja nein | | | | | (bitte Belege beifügen) | |
|---|-----|-----|-------------------------------------|---|---|--|
| Land | von | bis | Name und Anschrift des Arbeitgebers | Versicherungsträger und Versicherungsnummer | Beruf: Arbeiter, Angestellter, Beamter, Selbstständiger | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

* betrifft Versicherungszeiten ausserhalb Luxemburgs

Haben Sie ab dem 01.01.1990 Pflegedienst geleistet
zugunsten eines Beziehers einer Pflegezulage oder gleichgestellten Leistung ?
Wenn ja, bitte geben Sie an :

ja nein

1) Name und Adresse der gepflegten Person

2) Zeitperiode während der Sie, vor Vollendung Ihres 65. Lebensjahres, diese Person gepflegt haben :

3) um welche Leistung handelt es sich ?

Pflegezulage die im Gesetz vom 22.05.1989 vorgesehen ist

Pflegezulage für Schwerbehinderte

Steigerung der Unfallrente gemäß Artikel 97, Absatz 9, des Sozialgesetzbuches

Steigerung des Mindesteinkommens gemäß Artikel 3 des abgeänderten Gesetzes vom 26.07.1986

7. Angaben über den Ehepartner / Partner des Antragstellers

Geburtsname:

Ehename:

Vornamen (Rufnamen bitte unterstreichen):

Geburtsort:

Geburtsdatum:

Sozialversicherungsnummer:

Nationalität:

Ort und Datum der Eheschließung / Partnerschaft:

Ort und Datum der Ehescheidung / Auflösung der Partnerschaft :

Übt der Ehepartner / Partner einen Beruf aus? ja nein

Wenn ja, bitte ankreuzen: entlohnt selbständig

Name und Adresse des Arbeitgebers:

Bezieht der Ehepartner / Partner eine Pension ? ja nein

Wenn ja welche : Invalidenpension Alterspension

Hinterbliebenenpension

Pensionsnummer:

Pensionskasse:

Ich erkläre hiermit davon Kenntnis zu haben, dass falsche Angaben oder die Nichtbeantwortung in diesem Antrag gestellter Fragen, welche zur Gewährung oder Weiterzahlung nicht geschuldeter Leistungen führen, die Rückzahlung der jeweiligen Beträge zur Folge hat, unbeschadet der im Gesetz vorgesehenen Strafmaßnahmen.

Ich bestätige die Richtigkeit der oben stehenden Angaben und verpflichte mich ferner alle Änderungen, welche mit diesen in Zusammenhang stehen, mitzuteilen.

....., den

.....
(Unterschrift)