



## 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

#### 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 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: .....

.....

#### 5. Périodes Baby Year

Celui des parents qui s'est consacré principalement à l'éducation d'enfants peut demander la reconnaissance de périodes « baby year ».

*Pour que les périodes baby year puissent être prises en considération dans le cadre de l'instruction de la pension, il faut que la demande baby year soit présentée avant ou au plus tard avec la demande de pension.*

*La demande BABY YEAR est téléchargeable sur le site internet de la CNAP [www.cnap.lu](http://www.cnap.lu) sous la rubrique « Formulaires ».*

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

Avez-vous 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?.....

Avez-vous suivi des études secondaires, supérieures, universitaires ou une formation professionnelle, non indemnisée, entre la 18e et la 27e année d'âge accomplie? oui non

Avez-vous élevé au Luxembourg des enfants jusqu'à l'âge de 6 ans (ou jusqu'à l'âge de 18 ans en cas d'infirmité de l'enfant) ? 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	

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 de naissance: .....

Nom marital: .....

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)