



## 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 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)