



Demande d'achat rétroactif de périodes d'assurance

(Article 174 du code de la sécurité sociale)

à adresser* :

- à la Caisse Nationale d'Assurance Pension (CNAP)
- au Centre de gestion du personnel et de l'organisation de l'Etat (anc. APE)
- à la Caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux (CPFEC)
- aux CFL (SNCFL)

selon l'activité professionnelle exercée en dernier lieu (en l'année) en qualité



- de salarié ou non salarié du régime général (secteur privé)
ou de fonctionnaire ou d'employé admis à un régime spécial (secteur public) auprès
 - de l'Etat
 - d'une commune
 - des CFL

La présente page interactive nécessite au minimum la version 8.1.3 d'Adobe Acrobat® Reader®. La dernière version d'Adobe Acrobat Reader pour tous systèmes (Windows®, Mac, etc.) est téléchargeable gratuitement sur le site de [Adobe Systems Incorporated](http://www.adobe.com).

1. Saisie

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Renseignements concernant le demandeur

Numéro d'identification national* :

Nom* :

Prénom(s)* :

Numéro* :

Rue* :

Code postal* :

Localité* :

Téléphone :

Portable :

E-mail :



2. Carrière professionnelle interrompue ou réduite pendant

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

1. Périodes de mariage (ou de partenariat)

un acte de mariage (ou de partenariat) récent est à joindre obligatoirement

Nom et prénom du conjoint/partenaire		Numéro d'identification national	Durée mariage/partenariat (du - au)	
1ier mar./ part.				
autre mar./ part.				

2. Périodes d'éducation d'enfants

(jusqu'à l'âge de 6 ans ; en cas d'infirmité jusqu'à l'âge de 18 ans)

Nom et prénoms de l'enfant	Numéro d'identification national de l'enfant (ou date de naissance)	L'enfant est-il infirme?	Pays et commune de résidence de l'enfant jusqu'à l'âge de 6 ans
		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	

3. Périodes d'aides et de soins assurés

(au Luxembourg à une personne reconnue dépendante ou gravement handicapée)

Nom et prénom du bénéficiaire	Numéro d'identification national	Période d'aides/soins (du - au)	

4. Périodes d'études ou de formation professionnelle

Avez-vous suivi des études secondaires, supérieures, universitaires ou une formation professionnelle, non indemnisée, entre la 18e et la 27e année d'âge accomplie*?
(Le cas échéant, veuillez joindre les pièces justificatives à l'appui)

oui non



3. 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 l'achat rétroactif, il faut que la demande baby year soit présentée avant ou au plus tard avec la demande d'achat rétroactif. La demande "BABY YEAR" est téléchargeable sur le site internet de la CNAP www.cnap.lu sous la rubrique «Formulaires».

4. Carrière professionnelle internationale

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Affiliation à un régime de pension non-luxembourgeois*
(joindre pièces à l'appui)

oui non

Pays	du	au	Nom et adresse de l'employeur	Numéro d'identification national et organisme assureur	Profession: ouvrier, employé, non salarié, fonctionnaire

5. Option

Fixation de l'assiette cotisable à mettre en compte pour l'achat rétroactif :

Minimum cotisable pour la période du au

Double du minimum cotisable pour la période du au

6. Signature

La signature ci-après certifie la conformité des données fournies

- Je sollicite une entrevue avec un collaborateur de l'institution compétente.
 Je ne sollicite pas d'entrevue

Fait à* :

Signature* :

Le* :