

# Demande de Pension

En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies soient utilisées dans le cadre du calcul de ma pension



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

### I. Renseignements concernant le demandeur

Numéro d'identification national\* :

Nom\* :  Prénom(s)\* :

Code IBAN\* :

### II. Renseignements concernant le conjoint / partenaire actuel

Numéro d'identification national\* :

Nom\* :  Prénom(s)\* :

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

### III. Affiliation à un régime de pension luxembourgeois

Périodes d'occupation auprès	du	au	du	au
<input type="checkbox"/> de l'Etat luxembourgeois				
<input type="checkbox"/> des chemins de fer luxembourgeois				
<input type="checkbox"/> d'un établissement public ou d'utilité publique				

Service militaire dans l'armée luxembourgeoise	du	au	du	au
<input type="checkbox"/> obligatoire				
<input type="checkbox"/> volontaire				

**IV. Affiliation à un régime de pension étranger\***  oui  non (joindre pièces à l'appui)

Pays	du	au	Organisme assureur et Numéro d'identification	Régime (ouvrier, employé, fonctionnaire, indépendant)

**V. Indications au sujet du bénéfice d'une rente étrangère**

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 :

## 2. Signature

**La signature ci-après certifie la conformité des données fournies**

Fait à\* :

Signature\* :

Le\* :

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

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

**CPFEC**  
**Boîte postale 328**  
**L-2013 Luxembourg**