



CENTRE COMMUN
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
L-2975 Luxembourg
Tél.: 40141-1 www.ccss.lu

DEMANDE D'ADMISSION À L'ASSURANCE PENSION VOLONTAIRE

Continuée / Complémentaire / Facultative

1) Données concernant l'assuré

MATRICULE ASSURÉ *	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nom	_____						Prénom(s)	_____					
Nom marital	_____												
Rue, Numéro	_____												
Code Postal, Localité	_____							Code Pays	_____				
Fin de l'assurance obligatoire	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(en cas d'assurance pension continuée)					

2) Données concernant les modalités de l'assurance

Début de l'assurance (cocher une des trois possibilités)

- premier mois subséquent à la présente demande
 premier mois suivant la fin de l'assurance obligatoire ou réduction de l'activité professionnelle (en cas d'assurance pension continuée ou complémentaire)
 premier mois suivant la fin de périodes d'éducation d'enfants au Luxembourg reconnues comme « baby year »

Assiette de cotisation mensuelle

- 1/3 du salaire social minimum (limité à 60 mois au cours de la carrière d'assurance)
 salaire social minimum
 plafond individuel, relevé à 2xSSM
 montant compris entre le minimum et le plafond individuel EUR

Maximum cotisable pour les fonctionnaires du régime spécial transitoire

- dernier traitement pensionnable payé avant l'admission à l'assurance continuée ou facultative
 différence entre le traitement pensionnable actuellement payé et le dernier traitement payé avant l'admission à l'assurance complémentaire

Je désire m'acquitter des cotisations par procuration bancaire oui non

3) Données concernant le mandataire (facultatif)

MATRICULE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A défaut de matricule, veuillez indiquer la date de naissance et joindre une copie d'une pièce d'identité officielle												
Nom	_____						Prénom(s)	_____				

_____, le
Lieu

Date Signature

Réservé à l'administration		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Code Archivage
C130 (V201403)

* à défaut de matricule, veuillez indiquer la date de naissance et joignez une copie d'une pièce d'identité officielle (passeport, carte d'identité...)