

DEMANDE D'ADMISSION À L'ASSURANCE PENSION VOLONTAIRE

Adresse postale : L-2975 Luxembourg
www.ccss.lu | ccss@secu.lu | Tél.: 40141-1 | Fax : 404481

Continuée / **Complémentaire** / **Facultative**

1) Données concernant l'assuré

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

2) Données concernant les modalités de l'assurance

<u>Début de l'assurance (cocher une des trois possibilités)</u>	
<input type="checkbox"/>	premier mois subséquent à la présente demande
<input type="checkbox"/>	premier mois suivant la fin de l'assurance obligatoire ou réduction de l'activité professionnelle (en cas d'assurance pension continuée ou complémentaire)
<input type="checkbox"/>	premier mois suivant la fin de périodes d'éducation d'enfants au Luxembourg reconnues comme « baby year »
<u>Assiette de cotisation mensuelle</u>	
<input type="checkbox"/>	1/3 du salaire social minimum (limité à 60 mois au cours de la carrière d'assurance)
<input type="checkbox"/>	salaire social minimum
<input type="checkbox"/>	plafond individuel, <input type="checkbox"/> relevé à 2xSSM
<input type="checkbox"/>	montant compris entre le minimum et le plafond individuel <input style="width: 100px;" type="text"/> EUR
<u>Maximum cotisable pour les fonctionnaires du régime spécial transitoire</u>	
<input type="checkbox"/>	dernier traitement pensionnable payé avant l'admission à <u>l'assurance continuée ou facultative</u>
<input type="checkbox"/>	différence entre le traitement pensionnable actuellement payé et le dernier traitement payé avant l'admission à <u>l'assurance complémentaire</u>
Je désire m'acquitter des cotisations par procuration bancaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

3) Données concernant le mandataire (facultatif)

MATRICULE	<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 _____, le _____

Lieu Date Signature



Code Archivage
C130 (V201403)

Réservé à l'administration		

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