



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

Déclaration de sortie de l'assurance pension volontaire / complémentaire / facultative

1) Données concernant l'assuré

MATRICULE ASSURÉ *	<input type="text"/>											
Nom	_____											
Prénom(s)	_____											
Nom marital	_____											
Rue, Numéro	_____											
Code Postal, Localité	_____										Code Pays	_____

2) Données concernant la fin de l'assurance

DATE DE SORTIE	<input type="text"/>						
Motif de résiliation	_____						

Une réadmission à l'assurance pension volontaire n'est possible que si les conditions de stage sont remplies lors de la nouvelle demande. **L'assuré(e) doit justifier au moins de 12 mois d'assurance obligatoire pendant une période de 3 années précédant la nouvelle demande.** Cette période est étendue si l'assuré(e) avait contracté une assurance pension volontaire pendant cette période.

_____, le _____
Lieu

Date

Signature

<i>Réservé à l'administration</i>		
<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...)