Régime complémentaire de pension :  détermination des montants imposables en cas de  
❒ rachat ❒ transfert ❒ retraite ❒ retraite anticipée ❒ invalidité ❒ décès/survie

**PLANS à PRESTATIONS DEFINIES**(Defined Benefit - DB)

matricule entreprise – Numéro régime - Code Plan - Numéro Plan : ………………………………………………………  
Nom de l’entreprise : …………………………………………………………………………….…  
Nom du responsable du régime : …………………………………………………………………….…………  
  
Nom et prénom du salarié : ……………………………………………………….………………………  
Matricule : …………………………………………………………………….…………  
Adresse : …………………………………………………………………….…………  
CP et Localité : …………………………………………………………………….…………  
Etat civil : …………………………………………………………………….…………  
Catégorie : …………………………………………………………………….…………  
Date d’entrée dans l’entreprise : …………………………………………………………………….…………  
Date d’affiliation au plan : …………………………………………………………………….…………  
Date de départ de l’entreprise : …………………………………………………………………….…………  
Date de liquidation prévue : …………………………………………………………………….…………  
Périodes assimilées : …………………………………………………………………….…………  
Droits additionnels résultant d’un transfert antérieur ……………………………………………..……………….…………  
Droits acquis au 31.12.1999 ………………………………………………………………………….……  
Salaire pris en compte pour la détermination des droits acquis au 31.12.1999 ………….………………………….…..  
Salaire pris en compte pour la détermination de la prestation échue :………………...……………………...………….

Prestation définie sous forme de ❒ rentes ❒ capital

Prestation liquidée sous forme de ❒ rentes ❒ capital

*Lignes à remplir en cas de* ***rachat*** *de droits acquis :*

- le rachat est prévu au règlement de pension ❒ oui ❒ non

- le rachat est opéré dans le respect d’une des conditions de l’article 13 LRCP

❒les réserves acquises ne dépassent pas 3 fois le SSM mensuel

* l’affilié, de par sa nouvelle activité, n’est plus soumis à l’assurance maladie luxembourgeoise

*Lignes à remplir en cas de* ***transfert*** *de droits acquis :*

- le transfert est prévu au règlement de pension ❒ oui ❒ non

❒ transfert vers le régime de pension du nouvel employeur

nom, matricule et adresse du nouvel employeur : …..…………………………………………………………………

……………………..…………………………………………………………………………………………………………

❒transfert vers un régime complémentaire de pension agréé

nom, matricule et adresse du gestionnaire du régime complémentaire de pension agréé : .…………………….  
………………………………………………………………………………………………………………………………...

❒transfert vers la Caisse de consignation

*Ligne à remplir en cas de* ***décès*** *ou de* ***survie****:*

- nom, matricule et adresse du/des bénéficiaires : …………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Réservé à l’IGSS |
| **Montant de la prestation acquise**  **Rente anticipée correspondant à la prestation acquise**  **Réserves acquises**  ❒ **au moment du départ** ❒ **à la date de liquidation :** | ………………….  ………………….  ………………….  … | ………………….  ………………….  ………………….  … | |

La prestation de pension complémentaire est départagée comme suit :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *A.* | 1. *Partie de la prestation non soumise à imposition (son financement ayant été passible de l’impôt au titre de revenu provenant d’une occupation salariée)* | | | | | |
| A1 | A1. Prestation relative à la période de service postérieure au 31.12.1999, financée par allocation patronale, y compris les droits additionnels résultant d’une assimilation de périodes de services ou d’un transfert | | ……………………. | | …………..…………. | |
| A2 | A2. Prestation relative à la période de service antérieure au1.1.2000, dont le financement résulte d’allocations patronales et a été imposé forfaitairement   * dans le cadre de l’article 142 LIR * dans le cadre d’un ancien régime externe (caisse patronale autonome, assurance de groupe) | | …………………….  ……………………. | | ……………..……….  ……………..………. | |
| A3 | A3. Autres prestations acquises non soumises à imposition | | ……………………. | | ………..……………. | |
| A4 | Explication : …………………………………………………………  ……………………………………………………………………….. | |  | |  | |
| **Total A :**  **en % du montant total:**  **réserves acquises correspondantes :** | | | …………….…….  …………….…….  …………………. | | ………...………….  ……………...…….  .……………..……. | |
| *B.* | 1. *Partie de la prestation soumise à imposition :*   *Prestation relative à la période de service antérieure au 1.1.2000 financée par allocation patronale dans le cadre d’un régime interne pour lequel l’option pour l’imposition forfaitaire suivant l’article 142 LIR n’a pas été choisie* | | | | |
|  | **Total B :**  **en % du montant total :**  **réserves acquises correspondantes :** | | …………….…….  …………….…….  …………………. | | ………...………….  ……………...…….  .……………...……. | |
|  |  |  | |  | |
| *C.* | *C. Partie de la prestation financée en dehors du champ d’application de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension* | | | | |
|  | **Total C :**  **en % du montant total :**  **réserves acquises correspondantes :** | | …………….…….  …………….…….  …………………. | | ………...………….  ……………...…….  .……………...……. | |
|  |  |  | |  | |
| **Partie soumise à imposition (Total B + Total C) :**  **en % du montant total :** | | | …………….……  ………….……... | | ………...………….  …………...…….. | |
| **réserves acquises correspondantes :** | | | ………….……... | | ………….……... | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| **Impôt retenu :**  **Contribution dépendance retenue :**  **Montant à liquider ou à transférer :** | | | …………………….  …………………….  ……………………. | | …………………….  …………………….  ……………………. | |

|  |  |
| --- | --- |
| Date : \_\_ \_\_ \_\_\_\_ | Contrôlé par l’IGSS en date du : \_\_ \_\_ \_\_\_\_ |
| …………………………………………. Signature et nom du gestionnaire agréé | Pour le Directeur et par délégation,  le Premier inspecteur de la sécurité sociale  …………………………………….  (Claudine GILLES) |