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 : ………………………………………………………………….…….

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 :*

❒transfert vers le régime de pension du nouvel employeur

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

numéro du régime vers lequel les droits sont transférés  :………………..………………………………………….…

❒transfert vers un autre régime de pension de l’entreprise

numéro du nouveau régime : …..…………………………………………………………………….……………………

❒transfert vers un régime complémentaire de pension agréé

nom du gestionnaire : ……………………………………………………………….....…………………………….........

numéro du régime complémentaire de pension agréé : ..……………………………………………………....……...

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

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

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

La prestation de pension complémentaire est départagée comme suit :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 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 au 1.1.2000 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  Thomas DOMINIQUE  Claudine GILLES  Premier inspecteur de la sécurité sociale |