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

**PLANS à CONTRIBUTIONS DEFINIES**(Defined Contribution - DC)

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 de la dernière contribution : ……………………………………...…………

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 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 |
| **Réserves acquises** ❒ **au moment du départ** ❒ **à la date de liquidation :** | ………………….… | ……….…………. |
| **rente correspondante[[1]](#footnote-1)** | …………………. | ……….…………. |

Les réserves acquises se subdivisent 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. Réserves acquises après le 31.12.1999, financées par allocation patronale, y compris les droits additionnels résultant d’une assimilation de périodes de services ou d’un transfert | ……………………. | …………..…………. |
| A2 | A2. Réserves acquises avant le 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 réserves acquises non soumises à imposition | ……………………. | ………..……………. |
| A4 |  Explication : ………………………………………………………… ……………………………………………………………………….. |  |  |
| **Total A :****en % du montant total:****rente correspondante[[2]](#footnote-2) :**  | …………….…….…………….…….…………………. | ………...………….……………...……..……………..……. |
| *B.* | 1. *Partie de la prestation soumise à imposition :*

Réserves acquises avant le 1.1.2000 financés 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 :****rente correspondante1 :**  | …………….…….…………….…….…………………. | ………...………….……………...……..……………...……. |
|  |  |  |  |
| *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 :****rente correspondante1 :**  | …………….…….…………….…….…………………. | ………...………….……………...……..……………...……. |
|  |  |  |  |
| **Partie soumise à imposition (Total B + Total C) :****en % du montant total :** | …………….……………….……... | ………...………….…………...…….. |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **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 DirecteurThomas DOMINIQUEClaudine GILLESPremier inspecteur de la sécurité sociale |

1. A remplir en cas de versement sous forme de rentes [↑](#footnote-ref-1)
2. A remplir en cas de versement sous forme de rentes [↑](#footnote-ref-2)