

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LA TUNISIE ET LE LUXEMBOURG

DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITÉ

Articles 23 à 30 de la Convention
Articles 20, 21, 22 à 24 de l'Arrangement administratif

Ce formulaire doit être établi par l'institution compétente du lieu de résidence du demandeur. Si le demandeur a été soumis à la législation de l'Etat contractant où il réside, le formulaire TUN/LUX 03 « Attestation des périodes d'assurance » doit être joint obligatoirement à la présente demande. Il y a lieu également de joindre tout document ayant trait à la carrière du demandeur dans l'autre Etat contractant. Si l'intéressé réside sur le territoire d'un Etat tiers, l'institution d'instruction sera celle de l'Etat contractant à laquelle la demande est adressée.

Référence du dossier	au Luxembourg :
	en Tunisie:

1	Institution destinataire
1.1	Dénomination.....
1.2	Adresse.....

2	Personne assurée
2.1	Nom de naissance Prénom du père (pour les assurés tunisiens)
2.2	Prénoms
2.3	Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin
2.4	Date de naissance: ____ / ____ / _____
2.5	Nationalité
2.6	Dernière adresse au Luxembourg
	Dernière adresse en Tunisie.....
2.7	N° d'identification au Luxembourg
	N° d'immatriculation en Tunisie
2.8	Dernière institution d'assurance pension auprès de laquelle le demandeur a été assuré
2.9	au Luxembourg
2.10	en Tunisie.....

5.10 Depuis le début de son incapacité de travail, le demandeur
 a été soumis à une rééducation professionnelle. n'a pas été soumis à une rééducation professionnelle.
 Dans l'affirmative, indiquer
 5.11 en vue de quel emploi

 5.12 l'employeur pour lequel il a occupé ce nouvel emploi:
 nom ou raison sociale.....

 adresse.....

 5.13 la date du début et de la fin de cet emploi ____ / ____ / _____

6	Le requérant	a demandé les prestations suivantes	bénéficie des prestations suivantes
6.1	Continuation du paiement du salaire en cas de maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2	Prestations en espèces pour incapacité de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3	Pension d'invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4	Pension de vieillesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5	Pension de survivant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6	Rente d'accident du travail ou maladie professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7	Prestation de chômage ou de préretraite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8	Prestations familiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.9	Remboursement de cotisations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.10	Autres.....		

7	Renseignements complémentaires concernant les prestations visées au cadre 6		
7.1	Nature de la prestation	Période ou date d'effet	Montant mensuel

7.2	Institution débitrice de la prestation: Dénomination - Adresse		

8	Renseignements concernant les activités professionnelles de l'assuré(e) dans l'autre Etat			
	Nom de l'employeur	Adresse complète	Périodes d'activité	
Depuis			Jusqu'à	

9	
9.1	Date d'introduction de la demande ____ / ____ / _____
9.2	<input type="checkbox"/> l'intéressé(e) n'ouvre pas droit à pension
9.3	<input type="checkbox"/> l'intéressé(e) ouvre droit à pension Date d'ouverture du droit à pension ____ / ____ / _____
9.4	Formulaires joints <input type="checkbox"/> TUN/LUX 03 <input type="checkbox"/> TUN/LUX 28 <input type="checkbox"/> TUN/LUX
	Formulaires demandés <input type="checkbox"/> TUN/LUX 03 <input type="checkbox"/> TUN/LUX 28 <input type="checkbox"/> TUN/LUX
9.5	Autres documents joints
9.6	Observations

10	Institution d'instruction
10.1	Dénomination
10.2	Adresse
10.3	Cachet
	9.4 Date
	9.5 Signature