

## CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE ROYAUME DU MAROC ET LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

**FORMULAIRE D'INSTRUCTION D'UNE DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITE**

*Articles 19 à 26 de la Convention  
Article 20 de l'Arrangement administratif*

*Ce formulaire doit être établi par l'institution compétente qui a reçu la demande de pension et, si le demandeur a été soumis à la législation qu'elle applique, elle doit joindre obligatoirement le formulaire L/M 3. Il y a lieu également de joindre tout document ayant trait à la carrière d'assurance du demandeur dans l'autre Partie contractante et le cas échéant dans un Etat tiers.*

<b>Référence du dossier</b>	au Luxembourg :
	au Maroc :

1	Institution compétente
1.1	Dénomination .....
	.....
1.2	Adresse .....
	.....
	.....

**A. Renseignements concernant le demandeur**

2	
2.1	Noms .....
2.2	Prénoms .....
2.3	Date de naissance .....
2.4	Dernière adresse au Luxembourg .....
	.....
	.....
2.5	Dernière adresse au Maroc .....
	.....
	.....
2.6	N° de sécurité sociale    au Luxembourg .....
	au Maroc .....
2.7	N° de carte nationale d'identité au Maroc .....
2.8	Nationalité .....

2.7 Dernière institution d'assurance pension auprès de laquelle le demandeur a été assuré

2.8 au Luxembourg .....

.....

.....

2.9 au Maroc .....

.....

.....

3 Etat civil

célibataire  remarié/e depuis .....

divorcé/e depuis .....  séparé/e depuis .....

marié/e depuis .....  veuf/ve depuis .....

4 Identification bancaire

4.1 Noms et prénoms du titulaire .....

4.2 Dénomination de la banque .....

.....

4.3 Adresse de la banque .....

.....

.....

4.4 Code bancaire BIC  
*Joindre obligatoirement attestation bancaire (RIB)* .....

4.5 Compte bancaire IBAN et/ou SWIFT Code .....

5

5.1 Date à laquelle a été fixé le début de l'invalidité .....

5.2 L'invalidité

- est présumée       n'est pas présumée      avoir été causée par un tiers responsable
- résulte       ne résulte pas      d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle
- résulte       ne résulte pas      d'un accident non professionnel

5.3 Le demandeur nécessite l'aide d'une tierce personne pour accomplir ses actes ordinaires

- Le cas échéant, le rapport médical joint

6

6.1 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

6.2 en vue de quel emploi .....

.....

6.3 l'employeur pour lequel il a occupé ce nouvel emploi:

nom ou raison sociale .....

.....

adresse .....

.....

.....

6.4 la date du début et de la fin de cet emploi .....

7

Le requérant

a demandé les  
prestations suivantes

bénéficie des  
prestations suivantes

7.1 Continuation du paiement du salaire en cas de maladie

7.2 Prestations en espèces pour incapacité de travail

7.3 Pension d'invalidité

7.4 Pension de vieillesse

7.5 Pension de survivant

7.6 Rente d'accident du travail ou maladie professionnelle

7.7 Prestation de chômage ou de préretraite

7.8 Prestations familiales

7.9 Remboursement de cotisations

7.10 Autres .....

.....

.....

8 Renseignements complémentaires concernant les prestations visées au cadre 7

8.1	Nature de la prestation	Période ou date d'effet	Montant mensuel
7.....	.....	.....	.....
7.....	.....	.....	.....
7.....	.....	.....	.....
7.....	.....	.....	.....
7.....	.....	.....	.....
8.2	Institution débitrice de la prestation: Dénomination - Adresse		
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

B. Renseignements concernant les membres de la famille du demandeur

9 Conjoint

9.1	Noms	.....
9.2	Prénoms	.....
9.3	Date de naissance	.....
9.4	Adresse	.....
9.5	Date de mariage	.....

10 Enfants

Noms	Prénoms	Date de naissance (mariage - décès)	Lien de parenté*
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

\* Il y a lieu d'indiquer enfant légitime, enfant du conjoint, recueilli, petit-enfant ou autre.

**C. Renseignements divers**

11	
11.1	Date d'introduction de la demande .....
11.2	Début de la pension .....
11.3	<input type="checkbox"/> Formulaire L/M 3 joint en annexe <input type="checkbox"/> Rapport médical détaillé L/M 22 joint en annexe <input type="checkbox"/> Autres documents joints .....
11.4	Observations ..... ..... .....
11.5	<input type="checkbox"/> L'exactitude des renseignements ci-dessus a été vérifiée.

12	Institution d'instruction
12.1	Dénomination ..... .....
12.2	Adresse .....
12.3	Cachet
12.4	Date .....
12.5	Signature .....