



Demande d'une allocation de naissance

DEMANDERESSE
Nom: _____
Prénom: _____
Numéro matricule de la sécurité sociale: _____
[Date de naissance]
▶ [Année Mois Jour]
Nationalité: _____
Situation familiale*
<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> séparée de fait <input type="checkbox"/> mariée <input type="checkbox"/> veuve <input type="checkbox"/> divorcée <input type="checkbox"/> pacsée <input type="checkbox"/> vivant maritalement avec: _____ <div style="margin-left: 40px;">depuis le: [Jour Mois Année]</div>
Adresse
Rue: _____ N°: _____
CP: _____ Localité: _____
Pays: _____ N° de téléphone: _____
En cas de résidence précédente en-dehors du Luxembourg, veuillez indiquer dans quel pays _____ jusqu'au [Jour Mois Année]
Activité*
<input type="checkbox"/> Salariée <input type="checkbox"/> Non salariée (indépendante) <input type="checkbox"/> Sans occupation <input type="checkbox"/> RMG <input type="checkbox"/> Chômage indemnisé <input type="checkbox"/> Congé sans solde <input type="checkbox"/> Pension ou rente auprès de: _____ <div style="margin-left: 40px;">depuis le: [Jour Mois Année]</div>
Nom et adr. de l'employeur: _____ Pays: _____

PERE DE L'ENFANT
Nom: _____
Prénom: _____
Numéro matricule de la sécurité sociale: _____
[Date de naissance]
▶ [Année Mois Jour]
Nationalité: _____
Situation familiale*
<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> séparé de fait <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> vivant maritalement avec: _____ <div style="margin-left: 40px;">depuis le: [Jour Mois Année]</div>
Adresse
Rue: _____ N°: _____
CP: _____ Localité: _____
Pays: _____ N° de téléphone: _____
En cas de résidence précédente en-dehors du Luxembourg, veuillez indiquer dans quel pays _____ jusqu'au [Jour Mois Année]
Activité*
<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Non salarié (indépendant) <input type="checkbox"/> Sans occupation <input type="checkbox"/> RMG <input type="checkbox"/> Chômage indemnisé <input type="checkbox"/> Congé sans solde <input type="checkbox"/> Pension ou rente auprès de: _____ <div style="margin-left: 40px;">depuis le: [Jour Mois Année]</div>
Nom et adr. de l'employeur: _____ Pays: _____

Je soussignée demande à bénéficier de l'allocation de naissance en faveur de mon fils/ma fille:

Nom et prénom usuel de l'enfant: _____	
Date de naissance: [Année Mois Jour]	<input type="checkbox"/> en vie* <input type="checkbox"/> décédé(e) le* [Jour Mois Année]
Lieu de naissance: _____	

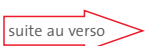
Coordonnées bancaires de la demanderesse

L'allocation est à verser au compte:	
IBAN: _____	Code BIC: _____
Nom de la banque: _____	Titulaire du compte: _____
NB: le compte indiqué sera pris en considération pour le versement de toutes les prestations familiales destinées à la demanderesse (allocations familiales, primes, congé parental, ...)	

IMPORTANT:

- Le certificat concernant l'examen postnatal est à apposer obligatoirement au verso
- Voir également pièces justificatives à joindre

* cocher la case qui convient



Examen postnatal de la mère

Pour pouvoir bénéficier de l'allocation de naissance, la mère doit se soumettre à un examen postnatal effectué par un médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique dans les semaines qui suivent la naissance.

Certificat médical de l'examen postnatal de la mère			
<p align="center">EXAMEN POSTNATAL OBLIGATOIRE</p> <p>(dans les dix semaines à partir de l'accouchement, mais au plus tôt après l'expiration des deux premières semaines qui suivent cette date)</p> <p>Cachet ou nom et _____</p> <p>adresse du médecin _____</p> <table border="1" data-bbox="135 660 753 817"><tr><td style="width: 50%; text-align: center;">Date de l'examen</td><td style="width: 50%; text-align: center;">Signature du médecin</td></tr></table>	Date de l'examen	Signature du médecin	<p>Par sa signature, le médecin certifie avoir procédé à l'examen postnatal de la mère, désignée au recto de la demande, conformément aux dispositions légales en vigueur.</p>
Date de l'examen	Signature du médecin		

PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE

- o Un **acte de naissance de l'enfant** (à moins qu'il n'ait été remis conjointement avec la demande d'allocation prénatale).
- o Un **Relevé d'Identité Bancaire (RIB)** indiquant le titulaire du compte, le numéro de compte IBAN et le CODE BIC.
- o **En cas de décès de l'enfant**, un acte de décès ou acte d'enfant sans vie ainsi qu'un certificat médical attestant que l'enfant est né viable.
- o Pour les non-résidentes au Luxembourg, une **composition de ménage**, certificat de résidence ou certificat de domicile de date récente, à établir par l'autorité compétente en matière d'état civil du lieu de résidence de la demanderesse.
- o Pour les demandereses résidant au Luxembourg et de nationalité autre que UE, EEE ou Suisse, **une preuve de l'autorisation de séjour au Luxembourg** (vaut comme preuve de l'autorisation de séjour: le titre de séjour ou la carte de séjour).

DISPOSITIONS LÉGALES

Les conditions d'octroi de l'allocation de naissance sont déterminées par le Livre IV du Code de la sécurité sociale, ainsi que par le règlement CEE 492/2011 pour les mères ayant leur domicile à l'étranger.

L'allocation de naissance se prescrit par 1 an à partir de la date de naissance de l'enfant.

Je déclare: avoir touché* ne pas avoir touché* une allocation équivalente dans mon pays de résidence.

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions légales, j'affirme que la présente demande est sincère et complète, sachant que toute déclaration inexacte de ma part ou l'absence de déclaration de tout changement, m'exposerait au remboursement des sommes indûment perçues, sans préjudice des sanctions prévues par la loi.

Fait à _____

Date _____

Signature de la demanderesse: _____

Le traitement des données fournies se fera en conformité avec la loi du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel.