



Zukunftskeess
CAISSE POUR L'AVENIR DES ENFANTS

Guichets: 34, avenue de la Porte-Neuve
B.P. 394 · L-2013 Luxembourg
Tél. (352) 47 71 53-1
www.cae.lu



Demande d'allocation spéciale supplémentaire

DEMANDEUR / DEMANDERESSE											
Nom: _____											
Prénom: _____											
Numéro matricule de la sécurité sociale: _____											
[Date de naissance]											
▶ <table border="1"><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		Année	Mois	Jour							
Année	Mois	Jour									
Nationalité: _____											
Etat civil: _____											
Adresse											
Rue: _____ N°: _____											
CP: _____ Localité: _____											
Pays: _____ N° de tél.: _____											

CONJOINT(E) / PARTENAIRE											
Nom: _____											
Prénom: _____											
Numéro matricule de la sécurité sociale: _____											
[Date de naissance]											
▶ <table border="1"><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		Année	Mois	Jour							
Année	Mois	Jour									
Nationalité: _____											
Etat civil: _____											
Adresse											
Rue: _____ N°: _____											
CP: _____ Localité: _____											
Pays: _____ N° de tél.: _____											

Enfant pour lequel l'allocation spéciale est demandée											
Nom de l'enfant: _____	Prénom de l'enfant: _____										
[Date de naissance]											
▶ <table border="1"><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		Année	Mois	Jour							
Année	Mois	Jour									
Numéro matricule de la sécurité sociale de l'enfant											

PIÈCE JUSTIFICATIVE À JOINDRE À LA DEMANDE

o Le formulaire préimprimé CM1 de la Caisse pour l'avenir des enfants dûment complété par le médecin traitant.

Prestations familiales similaires touchées	
Touchez-vous des prestations similaires dans un autre pays que le Luxembourg?	<input type="checkbox"/> oui* <input type="checkbox"/> non*
Si oui , veuillez préciser dans quel pays: _____	
l'organisme versant les prestations: _____	
o Prière de joindre une attestation de paiement.	

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 du demandeur/de la demanderesse: _____

Signature du conjoint(e)/partenaire: _____

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.