



# 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"/> REVIS <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"/> REVIS <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 (allocation familiale et primes)	

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.

<b>Certificat médical de l'examen postnatal de la mère</b>	
<p><b>EXAMEN POSTNATAL OBLIGATOIRE</b></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> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 60px; margin: 10px 0;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 60px; margin: 10px 0;"></div></div> <p style="text-align: center;">Date de l'examen                      Signature du médecin</p>	<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>

### 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 (UE) n° 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:** \_\_\_\_\_

Les informations vous concernant recueillies sur ce formulaire sont traitées sur base de la loi portant sur les prestations familiales et du code de la sécurité sociale. Vous pouvez obtenir des informations complémentaires quant aux droits dont vous bénéficiez dans le cadre de la collecte de vos données personnelles selon les articles 13 et 14 du Règlement général pour la protection des données sur le site Internet de la CAE ([www.cae.lu](http://www.cae.lu)) – rubrique «Protection des données» – dans laquelle vous trouverez également les coordonnées du délégué à la protection des données.