



Demande d'une allocation de naissance

| DEMANDERESSE | | | | | | | | | |
|--|--|-------|------|-------|--|--|--|--|--|
| Nom: _____ | | | | | | | | | |
| Prénom: _____ | | | | | | | | | |
| Numéro matricule de la sécurité sociale: _____ | | | | | | | | | |
| [Date de naissance] | | | | | | | | | |
| ▶ | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Année</td> <td style="width: 25%;">Mois</td> <td style="width: 25%;">Jour</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table> | Année | Mois | Jour | | | | | |
| 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: _____ | | | | | | | | | |
| depuis le: | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Jour</td> <td style="width: 25%;">Mois</td> <td style="width: 25%;">Année</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table> | Jour | Mois | Année | | | | | |
| Jour | Mois | Année | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 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 | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Jour</td> <td style="width: 25%;">Mois</td> <td style="width: 25%;">Année</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table> | Jour | Mois | Année | | | | | |
| 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: _____ | | | | | | | | | |
| depuis le: | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Jour</td> <td style="width: 25%;">Mois</td> <td style="width: 25%;">Année</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table> | Jour | Mois | Année | | | | | |
| Jour | Mois | Année | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Nom et adr. de l'employeur: _____ | | | | | | | | | |
| Pays: _____ | | | | | | | | | |

| PERE DE L'ENFANT | | | | | | | | | |
|--|--|-------|------|-------|--|--|--|--|--|
| Nom: _____ | | | | | | | | | |
| Prénom: _____ | | | | | | | | | |
| Numéro matricule de la sécurité sociale: _____ | | | | | | | | | |
| [Date de naissance] | | | | | | | | | |
| ▶ | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Année</td> <td style="width: 25%;">Mois</td> <td style="width: 25%;">Jour</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table> | Année | Mois | Jour | | | | | |
| 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: _____ | | | | | | | | | |
| depuis le: | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Jour</td> <td style="width: 25%;">Mois</td> <td style="width: 25%;">Année</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table> | Jour | Mois | Année | | | | | |
| Jour | Mois | Année | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 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 | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Jour</td> <td style="width: 25%;">Mois</td> <td style="width: 25%;">Année</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table> | Jour | Mois | Année | | | | | |
| 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: _____ | | | | | | | | | |
| depuis le: | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Jour</td> <td style="width: 25%;">Mois</td> <td style="width: 25%;">Année</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table> | Jour | Mois | Année | | | | | |
| Jour | Mois | Année | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Nom et adr. de l'employeur: _____ | | | | | | | | | |
| Pays: _____ | | | | | | | | | |

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

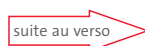
| | | | | | | | | | |
|---|---|-------|---------------------|-------|---------------------|--|--|--|--|
| Nom et prénom usuel de l'enfant: _____ | | | | | | | | | |
| Date de naissance: | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Année</td> <td style="width: 25%;">Mois</td> <td style="width: 25%;">Jour</td> <td style="width: 25%;">Réservé à la Caisse</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table> | Année | Mois | Jour | Réservé à la Caisse | | | | |
| Année | Mois | Jour | Réservé à la Caisse | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> en vie* <input type="checkbox"/> décédé(e) le* | | | | | | | | | |
| Lieu de naissance: _____ | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Jour</td> <td style="width: 25%;">Mois</td> <td style="width: 25%;">Année</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table> | Jour | Mois | Année | | | | | |
| Jour | Mois | Année | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

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.

| Certificat médical de l'examen postnatal de la mère | |
|--|--|
| <p>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> <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 (les copies des cartes bancaires ne sont pas acceptées).
- 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 demanderesse 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.

En vertu de l'article 312 du Code de la sécurité sociale, ceux qui ont frauduleusement amené la caisse à fournir une prestation qui n'était pas due ou qui n'était due qu'en partie sont punis par des peines prévues à l'article 496 du Code pénal, indépendamment du remboursement des sommes indûment perçues. Lorsque des prestations ont été payées sur base de faux, notre caisse en informe, conformément à l'article 23 du Code de procédure pénale le procureur d'Etat, lequel peut engager des poursuites pénales.

Fait à _____

Date _____

Signature de la demanderesse: _____

Les informations personnelles recueillies sur ce formulaire sont traitées par la CAE afin d'examiner votre demande sur base de la loi portant sur les prestations familiales et du Code de la sécurité sociale. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous à la rubrique «Protection des données» sur le site Internet de la CAE (www.cae.lu).