



# Demande d'une allocation prénatale

DEMANDERESSE	
Nom: _____	
Prénom: _____	
Numéro matricule de la sécurité sociale: _____	
[ Date de naissance ]	
▶	Année Mois Jour
Nationalité: _____	
<b>Situation familiale*</b>	
<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:	Jour Mois Année
<b>Adresse</b>	
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
<b>Activité*</b>	
<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:	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 ]	
▶	Année Mois Jour
Nationalité: _____	
<b>Situation familiale*</b>	
<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:	Jour Mois Année
<b>Adresse</b>	
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
<b>Activité*</b>	
<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:	Jour Mois Année
Nom et adr. de l'employeur: _____	
	Pays: _____

Nombre d'enfants déjà bénéficiaires de l'allocation familiale: _____	<input type="checkbox"/> Si l'enfant pour lequel l'allocation est sollicitée est déjà né, indiquer la date de naissance: _____	Année Mois Jour Réserve à la Caisse
--	--	-------------------------------------

Coordonnées bancaires de la demanderesse	
L'allocation est à verser au compte:	
IBAN: _____	CodeBIC: _____
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)	

Dispositions légales	
Les conditions d'octroi de l'allocation prénatale 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 un an à partir de la date de naissance de l'enfant.	

**IMPORTANT:** - Les certificats concernant les examens prénataux sont à apposer obligatoirement au verso  
- Voir également pièces justificatives à joindre

\* cocher la case qui convient



## Examens médicaux obligatoires

La femme enceinte doit se soumettre à cinq examens médicaux par un médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique et à un examen dentaire par un médecin-dentiste.

Tous les examens doivent être effectués pendant la grossesse.

## Certificats des examens médicaux

Par sa signature le médecin certifie avoir procédé à l'examen médical prescrit conformément aux dispositions légales en vigueur.

Nom et prénom de la femme examinée: \_\_\_\_\_

Les cinq examens obligatoires ci-dessous doivent être effectués par un médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique.

### 1er EXAMEN OBLIGATOIRE

Cachet ou nom: \_\_\_\_\_

Adresse du médecin: \_\_\_\_\_

Signature du médecin: \_\_\_\_\_

Date de l'examen

Début présumé de la grossesse

### 2e EXAMEN OBLIGATOIRE

Cachet ou nom: \_\_\_\_\_

Adresse du médecin: \_\_\_\_\_

Signature du médecin: \_\_\_\_\_

Date de l'examen

### 3e EXAMEN OBLIGATOIRE

Cachet ou nom: \_\_\_\_\_

Adresse du médecin: \_\_\_\_\_

Signature du médecin: \_\_\_\_\_

Date de l'examen

### 4e EXAMEN OBLIGATOIRE

Cachet ou nom: \_\_\_\_\_

Adresse du médecin: \_\_\_\_\_

Signature du médecin: \_\_\_\_\_

Date de l'examen

### 5e EXAMEN OBLIGATOIRE

Cachet ou nom: \_\_\_\_\_

Adresse du médecin: \_\_\_\_\_

Signature du médecin: \_\_\_\_\_

Date de l'examen

Date probable de l'accouchement

### CASE RÉSERVÉE AU MÉDECIN-DENTISTE

#### EXAMEN DENTAIRE

Cachet ou nom: \_\_\_\_\_

Adresse du médecin: \_\_\_\_\_

Signature du médecin: \_\_\_\_\_

Date de l'examen

### PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE

- 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 Un **acte de naissance de l'enfant**, (au cas où l'enfant pour lequel l'allocation prénatale est demandée est déjà né).
- 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 demanderesses 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).

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](http://www.cae.lu)).

\* cocher la case qui convient