



# Demande d'une allocation prénatale

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: _____	
depuis le:	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	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:	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: _____	
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:	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	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:	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: _____	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)	

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.
- 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 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).

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.

\* cocher la case qui convient