

# Antrag auf Anrechnung von Babyjahren

(Für jedes Kind ist ein individueller Antrag zu stellen.)

## 1. ANGABEN ÜBER DAS KIND

Sozialversicherungsnummer:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Wenn das Kind körperlich oder geistig beeinträchtigt ist, legen Sie bitte **ein ärztliches Attest** bei.

## 2. ANGABEN ÜBER DEN ELTERnteil A

Sozialversicherungsnummer:

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Ehename: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Nr. & Str.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## 3. ANGABEN ÜBER DEN ELTERnteil B

Sozialversicherungsnummer:

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Ehename: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Adresse identisch mit der des Elternteils A: ☐ Ja ☐ Nein

Nr. & Str.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## 4. ANRECHNUNG DER BABYJAHRE

Die Babyjahre können entweder zwischen beiden Elternteilen aufgeteilt oder einem der Elternteile angerechnet werden.

Möchten Sie die Babyjahre zwischen beiden Elternteilen A und B aufteilen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn nicht, welchem Elternteil sollen die gesamten Babyjahre angerechnet werden? ☐ Elternteil A ☐ Elternteil B

Hiermit sind die Unterzeichnenden mit der angegebenen Aufteilung einverstanden und versichern, dass die in diesem Antrag und dem Anhang aufgeführten Angaben richtig sind. Des Weiteren wird bestätigt, dass die Entscheidung der Anrechnung der Babyjahre in dem (den) Versicherungsverlauf(läufen) wie in Absatz 4 aufgeführt, in Bezug auf den Elternteil getroffen wurde, welcher sich um die Erziehung des Kindes gekümmert hat. Diese Entscheidung ist unwiderruflich.

### Elternteil A

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

(Unterschrift)

### Elternteil B

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

(Unterschrift)

Die Unterschriftenfälschung wird als ein Straftatbestand angesehen und entsprechend Artikel 196 des Strafgesetzbuches geahndet.

FÜR VERWALTUNGSZWECKE RESERVIERT

## Anhang zum Antrag auf Anrechnung von Babyjahren

### 1. ZUSÄTZLICHE ANGABEN ZUM ELTERNTEIL A

Zur Überprüfung der Bewilligungsbedingungen bitten wir um Angabe, ob Sie eine berufliche Tätigkeit außerhalb Luxemburgs oder bei einer internationalen Institution ausgeübt haben.

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, füllen Sie bitte die nachfolgenden Felder aus und fügen Sie Belege bei.

| Land | von | bis | Versicherungsträger | Versicherungsnummer |
|------|-----|-----|---------------------|---------------------|
|------|-----|-----|---------------------|---------------------|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Lebten zum Zeitpunkt der Geburt oder der Adoption des Kindes andere Kinder im Haushalt des Elternteils A?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, füllen Sie bitte die nachfolgenden Felder aus.

| Name und Vorname des Kindes | Sozialversicherungsnummer oder Geburtsdatum |
|-----------------------------|---------------------------------------------|
|-----------------------------|---------------------------------------------|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

### 2. ZUSÄTZLICHE ANGABEN ZUM ELTERNTEIL B

Auszufüllen, wenn Elternteil B eine Aufteilung oder die komplette Anrechnung der Babyjahre beantragt.

Zur Überprüfung der Bewilligungsbedingungen bitten wir um Angabe, ob Sie eine berufliche Tätigkeit außerhalb Luxemburgs oder bei einer internationalen Institution ausgeübt haben.

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, füllen Sie bitte die nachfolgenden Felder aus und fügen Sie Belege bei.

| Land | von | bis | Versicherungsträger | Versicherungsnummer |
|------|-----|-----|---------------------|---------------------|
|------|-----|-----|---------------------|---------------------|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Lebten zum Zeitpunkt der Geburt oder der Adoption des Kindes andere Kinder im Haushalt des Elternteils B welche nicht schon beim Elternteil A aufgelistet wurden?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, füllen Sie bitte die nachfolgenden Felder aus.

| Name und Vorname des Kindes | Sozialversicherungsnummer oder Geburtsdatum |
|-----------------------------|---------------------------------------------|
|-----------------------------|---------------------------------------------|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Die Unterschrift von beiden Elternteilen auf Seite 1 ist obligatorisch.  
Falls eine Unterschrift fehlt, geben Sie bitte den Grund hierfür an.**

- ☐ Tod des anderen Elternteils
- ☐ Nur vom Antragsteller anerkanntes Kind
- ☐ Anderer Grund (bitte erklären)

**Belege, die dem Antrag beigelegt werden müssen**

- ☐ Aktuelle Geburts- oder Adoptionsurkunde des betreffenden Kindes
- ☐ Kopien der Personalausweise / Reisepässe der Elternteile A & B

**Belege, die je nach Situation dem Antrag beizufügen sind**

- ☐ Ärztliches Attest, aus dem hervorgeht, dass das Kind eine oder mehrere Erkrankungen hat, die eine permanente Minderung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens fünfzig Prozent im Vergleich zu einem gesunden Kind gleichen Alters darstellen
- ☐ Nachweise für die ausländische Versicherungslaufbahn oder der Versicherungszeiten bei einer internationalen Organisation
- ☐ Sterbeurkunde des anderen Elternteils

**Bei Nichtwohnsitz in Luxemburg beizufügender Beleg**

- ☐ Wohnsitzbescheinigung des Elternteils (der Elternteile) und der anderen zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes im Haushalt lebenden Kinder

Die in diesem Antrag, dem Anhang sowie die in den Belegen enthaltenen personenbezogenen Daten werden nur im Rahmen der Erfüllung der Aufgaben des zuständigen Versicherungsträgers verarbeitet. Mit dem Absenden dieses Antrags erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre personenbezogenen Daten in diesem Zusammenhang verarbeitet werden.

Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf der Internetseite Ihres jeweiligen Versicherungsträgers.

**Der ordnungsgemäß ausgefüllte und unterschriebene Antrag, der Anhang sowie die erforderlichen Nachweise sind per Post an den zuständigen Versicherungsträger zu senden.**

**Als Arbeitnehmer  
oder als Selbständiger:**

**Caisse nationale d'assurance pension**  
1A, bd. Prince Henri • L-1724 Luxembourg

**Als Beamter oder Angestellter des öffentlichen Dienstes:**

**Centre de gestion du personnel  
et de l'organisation de l'État**  
B.P. 1204 • L-1012 Luxembourg

**CFL - Division des pensions**  
36, Place de la Gare • L-1616 Luxembourg

**Caisse de Prévoyance des fonctionnaires  
et employés communaux**  
20, avenue Emile Reuter • L-2420 Luxembourg

**Banque Centrale du Luxembourg**  
2, boulevard Royal • L-2983 Luxembourg

Falls der Antrag auf Aufteilung der Babyjahre gestellt wird und beide Elternteile zwei unterschiedlichen Versicherungsträgern angehören, ist der Antrag beim Versicherungsträger des Elternteils A einzureichen. Falls Sie weitere Auskünfte benötigen, wenden Sie sich bitte an Ihren Versicherungsträger oder besuchen Sie die Webseite der CNAP ([www.cnap.lu](http://www.cnap.lu)).