

Demande de mise en compte des périodes BABY YEAR

(Une demande est à remplir pour chaque enfant concerné.)

1. DONNÉES CONCERNANT L'ENFANT

Matricule :

Nom : _____ Prénom : _____

Si l'enfant est atteint d'une insuffisance physique ou mentale, veuillez joindre **un certificat médical**.

2. DONNÉES - PARENT A

Matricule :

Nom de naissance : _____

Nom marital : _____

Prénom : _____

Nationalité : _____

Adresse : _____

Numéro et rue : _____

CP : _____ Localité : _____

Pays : _____

Téléphone : _____

3. DONNÉES - PARENT B

Matricule :

Nom de naissance : _____

Nom marital : _____

Prénom : _____

Nationalité : _____

Adresse identique à celle du parent A: ☐ Oui ☐ Non

Numéro et rue : _____

CP : _____ Localité : _____

Pays : _____

Téléphone : _____

4. MISE EN COMPTE DES PÉRIODES BABY YEAR

Les périodes BABY YEAR peuvent être partagées entre les deux parents OU être attribuées à l'un ou à l'autre des parents.

Souhaitez-vous partager les périodes BABY YEAR entre le parent A et le parent B ? ☐ Oui ☐ Non

Si non, à quel parent voulez-vous attribuer la totalité des périodes BABY YEAR ? ☐ Parent A ☐ Parent B

Par leurs signatures, les signataires marquent leur accord à cette attribution et certifient l'exactitude des données reprises dans la demande et son annexe. Ils confirment que le choix de mise en compte des périodes BABY YEAR indiqué sous la rubrique 4 dans la (les) carrière(s) d'assurance a été fait en fonction du parent qui s'est consacré à l'éducation de l'enfant. Ce choix est irrévocable.

Parent A

_____, le _____
(Lieu) (Date)

(Signature)

Parent B

_____, le _____
(Lieu) (Date)

(Signature)

La falsification de signature est considérée comme une infraction à part entière et est sanctionnée selon l'article 196 du Code Pénal.

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Annexe à la demande de mise en compte des périodes BABY YEAR

1. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES DU PARENT A

Afin de nous permettre de vérifier les conditions d'octroi, veuillez indiquer si vous avez exercé une activité professionnelle en dehors du Luxembourg ou auprès d'une institution internationale.

☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez remplir les cases ci-dessous et joindre des pièces justificatives.

Pays	du	au	Organisme assureur	Numéro d'identification (auprès de cet organisme)
------	----	----	--------------------	--

Y-a-t-il d'autres enfants vivant dans le ménage du parent A au moment de la naissance ou de l'adoption de l'enfant ?

☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez remplir les cases ci-dessous.

Nom et prénom de l'enfant	Matricule ou date de naissance
---------------------------	--------------------------------

2. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES DU PARENT B

A remplir si le parent B souhaite le partage ou la totalité des périodes BABY YEAR.

Afin de nous permettre de vérifier les conditions d'octroi, veuillez indiquer si vous avez exercé une activité professionnelle en dehors du Luxembourg ou auprès d'une institution internationale.

☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez remplir les cases ci-dessous et joindre des pièces justificatives

Pays	du	au	Organisme assureur	Numéro d'identification (auprès de cet organisme)
------	----	----	--------------------	--

Y-a-t-il d'autres enfants vivant dans le ménage du parent B au moment de la naissance ou de l'adoption de l'enfant qui ne figurent pas dans la rubrique respective du parent A ?

☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez remplir les cases ci-dessous.

Nom et prénom de l'enfant	Matricule ou date de naissance
---------------------------	--------------------------------

La signature des deux parents en première page est obligatoire. Si une signature est manquante, veuillez indiquer le motif.

- ☐ Décès de l'autre parent
- ☐ Enfant reconnu uniquement par le demandeur
- ☐ Autre motif (à détailler)

Pièces justificatives à joindre obligatoirement à la demande

- ☐ Acte de naissance récent ou jugement d'adoption de l'enfant concerné
- ☐ Copies des cartes d'identité / passeports des parents A & B

Pièces justificatives à joindre à la demande suivant la situation

- ☐ Certificat médical attestant que l'enfant est atteint d'une ou de plusieurs affections constitutives d'une insuffisance ou d'une diminution permanente d'au moins cinquante pour cent de la capacité physique ou mentale d'un enfant normal du même âge
- ☐ Pièces justificatives de la carrière d'assurance étrangère ou auprès d'un organisme international
- ☐ Certificat de décès de l'autre parent

En cas de non résidence au Luxembourg

- ☐ Certificat de résidence du(des) parent(s) et des autres enfants faisant partie du ménage au moment de la naissance de l'enfant

Les données à caractère personnel reprises dans la présente demande ainsi que dans l'annexe et les justificatifs sont uniquement traitées dans le cadre de l'exécution des missions de l'institution compétente. En soumettant cette demande, vous acceptez que vos données personnelles soient traitées dans ce cadre.

Plus d'informations sur le traitement de vos données sont disponibles sur le site internet de l'institution compétente.

La demande dûment remplie et signée ainsi que l'annexe et les pièces justificatives nécessaires sont à adresser par courrier à l'institution compétente.

Pour les salariés ou non salariés du secteur privé :

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

Pour les fonctionnaires ou employés admis à un régime spécial (secteur public) :

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

En cas de demande de partage des périodes BABY YEAR, si les parents dépendent de deux institutions différentes, l'institution destinatrice de la demande est celle du parent A.
Pour tout renseignement complémentaire, prière de s'adresser à l'institution compétente ou de consulter le site internet www.cnap.lu.