Sécurité sociale
L'Assurance Maladie

VOS DÉMARCHES DE PRESTATIONS MATERNITÉ EN TOUTE SIMPLICITÉ

Femmes chef d'entreprise

L'ASSURANCE MALADIE **VOUS ACCOMPAGNE**

dans vos démarches administratives pour vos prestations maternité

Madame,

Vous attendez un ou plusieurs enfants dans le cadre d'une grossesse ou d'une adoption.

Vous êtes chef d'entreprise artisanale, commerciale ou libérale.

À ce titre, vous pouvez prétendre, sous certaines conditions, au bénéfice de deux types de prestations de l'assurance maternité :

Une allocation forfaitaire de repos maternel.
Une indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité.

L'Assurance Maladie a le plaisir de vous adresser ce carnet : il vous permettra de connaître vos droits relatifs à ces prestations maternité et de formuler les demandes vous permettant de les percevoir.

Pour toute information, merci de vous adresser à votre caisse d'assurance maladie.

SOMMAIRE

En fonction de la situation, **ces imprimés sont à compléter, à détacher et à retourner à votre caisse d'assurance maladie.**

Le congé maternité	P 05
Le congé d'adoption	P 31
Le congé d'accueil et de paternité	P 43

Imprimé n°1	**Congé maternité**	P. 9
Imprimé n°2	**Rectification du congé maternité**	P. 13
Imprimé n°3	**Congé pour état pathologique** *Grossesse ou accouchement*	P. 15
Imprimé n°4	**Report d'une partie du congé maternité** *Hospitalisation de l'enfant*	P. 19
Imprimé n°5	**Congé maternité** *Naissance prématurée*	P. 23
Imprimé n°6	**Rectification du congé maternité** *Naissance prématurée*	P. 25
Imprimé n°7	**Report du congé prénatal** *Report prénatal / postnatal*	P. 27
Imprimé n°8	**Rectification du report du congé prénatal** *Report prénatal / postnatal*	P. 29
Imprimé n°9	**Allocation forfaitaire de repos maternel** *Adoption*	P. 33
Imprimé n°10	**Indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité** *Adoption*	P. 35
Imprimé n°10 bis	**Partage du congé d'adoption**	P. 37
Imprimé n°11	**Rectification du congé d'adoption**	P. 39
Imprimé n°11 bis	**Rectification du partage du congé d'adoption**	P. 41
Imprimé n°12	**Congé paternité chef d'entreprise**	P. 45
Imprimé n°13	**Rectification du congé paternité chef d'entreprise**	P. 47
Imprimé n°14	**Congé paternité conjoint collaborateur**	P. 49
Imprimé n°15	**Rectification du congé paternité conjoint collaborateur**	P. 53
Imprimé n°16	**Congé paternité et d'accueil de l'enfant- Chef d'entreprise** *Hospitalisation de l'enfant*	P. 57
Imprimé n°17	**Congé paternité et d'accueil de l'enfant-Conjoint collaborateur** *Hospitalisation de l'enfant*	P. 59

CONDITIONS **D'AFFILIATION**

Pour bénéficier des prestations d'assurance maternité (congé maternité, d'adoption, paternité et d'accueil de l'enfant), l'assuré(e) chef d'entreprise doit justifier de dix mois d'affiliation au titre d'une activité indépendante à la date présumée de l'accouchement ou à la date de l'adoption.

Si l'assuré(e) chef d'entreprise exerçait précédemment une autre activité professionnelle ou était indemnisé(e) au titre du chômage, ces périodes peuvent être prises en compte sous réserve qu'il n'y ait pas eu d'interruption entre ces affiliations.

LES PRESTATIONS **VERSÉES**

pendant votre congé maternité

Chef d'entreprise, vous pouvez bénéficier de deux types de prestations maternité : l'allocation forfaitaire de repos maternel et l'indemnité journalière d'interruption d'activité. Pour bénéficier de ces prestations, vous devez cesser toute activité pendant 8 semaines minimum, dont 6 semaines après l'accouchement. Si votre revenu professionnel moyen des 3 dernières années est inférieur à 10 % du plafond annuel de la Sécurité sociale, vous percevrez 10% de l'indemnité journalière d'interruption d'activité.

Pour toute information, merci de vous adresser à votre caisse d'assurance maladie.

L'ALLOCATION FORFAITAIRE **DE REPOS MATERNEL**

Lorsque vous cessez votre activité pendant un minimum de 8 semaines (dont 6 semaines après votre accouchement), une allocation de repos maternel vous est versée.

Cette allocation est versée pour moitié au début du congé de maternité, et pour moitié à la fin des 8 premières semaines de votre congé.

L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE FORFAITAIRE **D'INTERRUPTION D'ACTIVITÉ**

En plus de l'allocation forfaitaire de repos maternel, vous pouvez bénéficier de l'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité. Son montant est calculé sur la base de votre revenu professionnel moyen cotisé des 3 dernières années d'activité. Pour vous, comme pour votre bébé, le congé maternité est important.

En cas d'état pathologique, votre congé peut être prolongé, sur prescription médicale, d'une période de 30 jours maximum.

Trois situations sont possibles :

- vous bénéficiez d'une ou deux périodes de 15 jours sur la période prénatale (avant accouchement) ;
- vous bénéficiez d'une période de 15 jours sur la période prénatale et d'une période de 15 jours sur la période postnatale (après accouchement) ;
- vous bénéficiez d'une période de 15 jours sur la période postnatale uniquement.

CAS **PARTICULIERS**

• En cas de naissance prématurée avant le début de votre congé prénatal, votre congé de maternité débute à la date de votre accouchement et pour la durée initialement prévue dans la limite de la durée légale ;
• En cas de naissance prématurée de plus de 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement entraînant l'hospitalisation de l'enfant, la durée de votre congé de maternité est allongée du nombre de jours entre la date réelle de votre accouchement et la date de début de votre congé maternité initialement prévue.

Imprimés 5 à 6

(à adresser à votre caisse d'assurance maladie)

Vous devrez renseigner la durée totale de votre congé maternité pour bénéficier des indemnités journalières forfaitaires d'interruption activité et des allocations forfaitaires de repos maternel.

• En cas d'hospitalisation de votre nouveau-né pendant plus de 6 semaines, vous pouvez reprendre votre activité et reporter la fin de votre congé maternité à la sortie d'hospitalisation de votre enfant.

Imprimé 4

(à adresser à votre caisse d'assurance maladie)

• Si vous souhaitez prolonger votre activité sur la période prénatale, vous pouvez reporter une partie de votre congé prénatal dans la limite de 3 semaines, sur votre congé postnatal afin d'en allonger sa durée.

Imprimés 7 à 8

(à adresser à votre caisse d'assurance maladie)

Vous devrez renseigner la durée totale de votre congé maternité pour bénéficier des indemnités journalières forfaitaires d'interruption activité et des allocations forfaitaires de repos maternel.

Imprimé n°1
à adresser
à votre caisse
d'assurance
maladie

DEMANDE DE **CONGÉ MATERNITÉ**

Allocation forfaitaire de repos maternel et indemnité journalière d'interruption d'activité

Quand devez-vous l'utiliser ?

Dès que vous avez effectué votre déclaration de grossesse ou au plus tard au début du congé. Vous pouvez bénéficier, selon le rang de votre enfant ou le nombre d'enfants à naître, de plusieurs semaines de congé au-delà des 8 premières obligatoires (vous devez interrompre votre activité pendant minimum 8 semaines, dont 6 après votre accouchement).

Comment l'utiliser ?

Faites remplir par le professionnel de santé l'attestation médicale constatant le début de votre congé maternité, puis adressez-la à votre caisse d'assurance maladie avec l'attestation sur l'honneur complétée.

Pour bénéficier de vos indemnités, veillez à bien renseigner la durée totale de votre congé maternité.

L'étude du droit à l'indemnisation de votre congé maternité nécessite la collecte de données personnelles vous concernant, utiles à la mise en œuvre de ce droit par l'Assurance Maladie. Ces données ne sont pas traitées au-delà des durées nécessaires à leur gestion et prévues par la réglementation en vigueur. Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données vous concernant, en adressant une demande écrite au directeur de votre organisme de rattachement ou à son délégué à la protection des données (DPO). En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés (Cnil).

Imprimé n°1

DEMANDE DE CONGÉ MATERNITÉ

ALLOCATION FORFAITAIRE DE REPOS MATERNEL ET INDEMNITÉ JOURNALIÈRE D'INTERRUPTION D'ACTIVITÉ

Pour vous aider à compléter les dates de votre congé maternité, reportez-vous à l'imprimé n° 1 bis, comprenant le tableau des durées légales du congé maternité.

ATTESTATION MÉDICALE

Je soussigné(e) (Nom/prénom médecin ou sage-femme).....

atteste que :
Nom/prénom de l'assurée .....
Numéro de Sécurité sociale.....
doit cesser son activité du ..... au .....

Date, signature et cachet

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussignée (Nom/prénom de l'assurée) .....
numéro de Sécurité sociale .....

atteste sur l'honneur cesser mon activité
du..... au .....
Au cas où, au cours de mon congé maternité, je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est passible des sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du Code de la Sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-6 du Code pénal.

DEMANDE DE CONGÉ MATERNITÉ

ALLOCATION FORFAITAIRE DE REPOS MATERNEL ET INDEMNITÉ JOURNALIÈRE D'INTERRUPTION D'ACTIVITÉ

Vous trouverez ci-dessous les tableaux récapitulant les durées légales du congé maternité.

Congé maternité global

Nombre d'enfants nés ou à charge	Naissance simple portant à 1 ou 2 enfants à charge	Naissance simple portant à 3 ou plus le nombre d'enfants à charge	Naissance multiple (jumeaux)	Naissance multiple (triplés et plus)
Durée minimale du congé global	8 semaines	8 semaines	8 semaines	8 semaines
Durée maximale du congé global	16 semaines	26 semaines	34 semaines	46 semaines

Répartition prénatal / postnatal

Nombre d'enfants nés ou à charge	Naissance simple portant à 1 ou 2 enfants à charge	Naissance simple portant à 3 ou plus le nombre d'enfants à charge	Naissance multiple (jumeaux)	Naissance multiple (triplés et plus)
Durée minimale du congé prénatal	2 semaines	2 semaines	2 semaines	2 semaines
Durée maximale du congé prénatal	6 semaines	8 semaines	12 semaines	24 semaines
Durée maximale du congé postnatal	10 semaines	18 semaines	22 semaines	22 semaines

Imprimé n°2
à adresser à votre caisse d'assurance maladie

DEMANDE DE RECTIFICATION DU **CONGÉ MATERNITÉ**

Allocation forfaitaire de repos maternel et indemnité journalière d'interruption d'activité

Quand devez-vous l'utiliser ?

Vous avez déjà rempli une demande de période de congé maternité (imprimé n°1). Vous pouvez utiliser cet imprimé rectificatif pour modifier la date de début ou de fin de votre congé maternité.

Comment l'utiliser ?

Vous pouvez bénéficier, selon le rang de votre enfant ou le nombre d'enfants à naître, de plusieurs semaines de congé au-delà des huit premières obligatoires.

Faites remplir par le professionnel de santé l'attestation médicale rectifiant le début de votre congé maternité, puis adressez-la à votre caisse d'assurance maladie avec l'attestation sur l'honneur rectificative complétée.
Pour bénéficier de vos indemnités, veillez à bien renseigner la durée totale de votre congé maternité.

Si vous souhaitez modifier une seconde fois votre choix, veuillez télécharger ce feuillet de demande de rectification sur ameli.fr, rubrique : Remboursements > Indemnités journalières > Congé maternité

L'étude du droit à l'indemnisation de votre congé maternité nécessite la collecte de données personnelles vous concernant, utiles à la mise en œuvre de ce droit par l'Assurance Maladie. Ces données ne sont pas traitées au-delà des durées nécessaires à leur gestion et prévues par la réglementation en vigueur. Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données vous concernant, en adressant une demande écrite au directeur de votre organisme de rattachement ou à son délégué à la protection des données (DPO). En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés (Cnil).

Imprimé n°2

DEMANDE DE RECTIFICATION DU CONGÉ MATERNITÉ

ALLOCATION FORFAITAIRE DE REPOS MATERNEL
ET INDEMNITE JOURNALIERE D'INTERRUPTION D'ACTIVITE

Pour vous aider à compléter les dates de votre congé maternité, reportez-vous à l'imprimé n° 1 bis, comprenant le tableau des durées légales du congé maternité.

ATTESTATION MÉDICALE rectificative

Je soussigné(e) (Nom/prénom médecin ou sage-femme).....

atteste que :
Nom/prénom de l'assurée .....
Numéro de Sécurité sociale.....
doit cesser son activité du ..... au .....
(indiquez la durée totale du congé, rectification comprise)

Date, signature et cachet

ATTESTATION SUR L'HONNEUR rectificative

Je soussignée (Nom/prénom de l'assurée) .....
numéro de Sécurité sociale .....

atteste sur l'honneur cesser mon activité
du..... au .....
(indiquez la durée totale du congé, rectification comprise)
Au cas où, au cours de mon congé maternité, je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est passible des sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du Code de la Sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-6 du Code pénal.

Imprimé n°3
à adresser
à votre caisse
d'assurance
maladie

CONGÉ POUR **ÉTAT PATHOLOGIQUE**

résultant de la grossesse ou de l'accouchement

Quand devez-vous l'utiliser ?

Dès la déclaration de votre grossesse ou après votre accouchement, en cas de constatation médicale de votre état pathologique.

Comment l'utiliser ?

Faites remplir par le professionnel de santé l'attestation médicale et remplissez l'attestation sur l'honneur, puis adressez-les à votre caisse d'assurance maladie.

En cas d'état pathologique, votre congé peut être prolongé sur prescription médicale d'une période de 30 jours maximum.

Trois situations sont possibles :

- vous bénéficiez d'une ou deux périodes de 15 jours sur la période prénatale (avant accouchement) ;
- vous bénéficiez d'une période de 15 jours sur la période prénatale et d'une période de 15 jours sur la période postnatale (après accouchement) ;
- vous bénéficiez d'une période de 15 jours sur la période postnatale uniquement.

Si votre médecin vous prescrit 30 jours d'arrêt pour état pathologique avant votre accouchement, vous ne pourrez pas bénéficier de jours d'arrêt pour état pathologique après votre accouchement.

L'étude du droit à l'indemnisation de votre congé maternité nécessite la collecte de données personnelles vous concernant, utiles à la mise en œuvre de ce droit par l'Assurance Maladie. Ces données ne sont pas traitées au-delà des durées nécessaires à leur gestion et prévues par la réglementation en vigueur. Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données vous concernant, en adressant une demande écrite au directeur de votre organisme de rattachement ou à son délégué à la protection des données (DPO). En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés (Cnil).

Imprimé n°3

CONGÉ POUR ÉTAT PATHOLOGIQUE

RÉSULTANT DE LA GROSSESSE OU DE L'ACCOUCHEMENT

Pour vous aider à compléter les dates de votre congé pour état pathologique, reportez-vous à l'imprimé n° 3 bis, comprenant le tableau des durées légales du congé maternité en cas d'état pathologique.

ATTESTATION MÉDICALE

Je soussigné(e) (Nom/prénom médecin) .....

atteste que l'état de (Nom/prénom de l'assurée) .....
Numéro de Sécurité sociale .....
nécessite, en raison d'un état pathologique constaté, un arrêt de travail de 15 jours
du .....au .....

Date, signature et cachet

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussignée (Nom/prénom de l'assurée) .....
numéro de Sécurité sociale .....

déclare sur l'honneur interrompre toute activité pendant 15 jours
du .....au .....
en respectant les périodes réglementaires précitées et demande à bénéficier de l'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité.
Au cas où, au cours de cette période, je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est passible des sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du Code de la Sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-6 du Code pénal.

Imprimé n°3 bis

CONGÉ POUR ÉTAT PATHOLOGIQUE

RÉSULTANT DE LA GROSSESSE OU DE L'ACCOUCHEMENT

Pour vous aider à compléter les dates de votre congé pour état pathologique, reportez-vous au tableau des durées légales en bas de page.

ATTESTATION MÉDICALE

Je soussigné(e) (Nom/prénom médecin) .....

atteste que l'état de (Nom/prénom de l'assurée) .....
Numéro de Sécurité sociale .....
nécessite, en raison d'un état pathologique constaté, un arrêt de travail de 15 jours
du ..... au .....

Date, signature et cachet

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussignée (Nom/prénom de l'assurée) .....
numéro de Sécurité sociale .....

déclare sur l'honneur interrompre toute activité pendant 15 jours
du ..... au .....
en respectant les périodes réglementaires précitées et demande à bénéficier de l'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité.
Au cas où, au cours de cette période, je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

Tableau récapitulant les durées légales du congé maternité en cas d'état pathologique.

	En prénatal (avant accouchement)	**En postnatal** (après accouchement)
Cas 1	15 jours	0
Cas 2	15 jours + 15 jours	0
Cas 3	30 jours consécutifs (revient à 15 jours + 15 jours)	0
Cas 4	0	15 jours
Cas 5	15 jours	15 jours

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est passible des sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du Code de la Sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-6 du Code pénal.

Imprimé n°4
à adresser à votre caisse d'assurance maladie

REPORT D'UNE PARTIE DE MON **CONGÉ MATERNITÉ**

suite à l'hospitalisation de mon enfant

Quand devez-vous l'utiliser ?

Vous avez déjà rempli un feuillet de demande de congé maternité. Vous pouvez reprendre votre activité durant la période d'hospitalisation de votre enfant s'il est hospitalisé à la naissance pendant plus de six semaines.
Si vous bénéficiez de la période supplémentaire de congé maternité, cette possibilité de reprendre votre travail ne peut débuter qu'à la fin de cette période.

Comment l'utiliser ?

Remplissez les attestations sur l'honneur, puis adressez-les à votre caisse d'assurance maladie avec le bulletin d'hospitalisation de votre enfant.

L'étude du droit à l'indemnisation de votre congé maternité nécessite la collecte de données personnelles vous concernant, utiles à la mise en œuvre de ce droit par l'Assurance Maladie. Ces données ne sont pas traitées au-delà des durées nécessaires à leur gestion et prévues par la réglementation en vigueur. Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données vous concernant, en adressant une demande écrite au directeur de votre organisme de rattachement ou à son délégué à la protection des données (DPO). En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés (Cnil).

Imprimé n°4

REPORT D'UNE PARTIE DU CONGÉ MATERNITÉ

HOSPITALISATION DE L'ENFANT

ATTESTATION SUR L'HONNEUR de reprise d'activité pendant l'hospitalisation de mon enfant

Je soussignée (Nom/prénom de l'assurée) .....

Numéro de Sécurité sociale .....

déclare sur l'honneur reprendre mon activité professionnelle

du.....au.....

en raison de l'hospitalisation de mon nouveau-né.

Au cas où, au cours de cette période, je déciderais de cesser mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie

Date, signature

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est passible des sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du Code de la Sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-6 du Code pénal.

Imprimé n°4 bis

REPORT D'UNE PARTIE DU CONGÉ MATERNITÉ

HOSPITALISATION DE L'ENFANT

Pour vous aider à compléter les dates de votre congé maternité, reportez-vous à l'imprimé n° 1 bis, comprenant le tableau des durées légales du congé maternité.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR de cessation d'activité après la sortie d'hospitalisation de mon enfant

Je soussignée (Nom/prénom de l'assurée) .....

Numéro de Sécurité sociale .....

déclare sur l'honneur interrompre toute activité professionnelle.

du..... au .....

en raison de l'hospitalisation de mon nouveau-né.

Au cas où, au cours de cette période, je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est passible des sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du Code de la Sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-6 du Code pénal.

Imprimé n°5
à adresser
à votre caisse
d'assurance
maladie

DEMANDE DE **CONGÉ MATERNITÉ**

lié à une naissance prématurée Allocation forfaitaire de repos maternel et indemnité journalière d'interruption d'activité

Quand devez-vous l'utiliser ?

Lors de la naissance prématurée de votre enfant. En effet, si votre enfant est né avant le début de votre congé maternité (6 semaines minimum) initialement prévu, vous devez en informer votre caisse d'assurance maladie afin que votre congé maternité débute dès la naissance de votre enfant.

Comment l'utiliser ?

Remplissez l'attestation sur l'honneur, puis adressez-la avec l'acte de naissance de votre enfant, à votre caisse d'assurance maladie. Renseignez la durée totale de votre congé maternité pour bénéficier des indemnités journalières forfaitaires d'interruption d'activité et des allocations forfaitaires de repos maternel.

L'étude du droit à l'indemnisation de votre congé maternité nécessite la collecte de données personnelles vous concernant, utiles à la mise en œuvre de ce droit par l'Assurance Maladie. Ces données ne sont pas traitées au-delà des durées nécessaires à leur gestion et prévues par la réglementation en vigueur. Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données vous concernant, en adressant une demande écrite au directeur de votre organisme de rattachement ou à son délégué à la protection des données (DPO). En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés (Cnil).

Imprimé n°5

CONGÉ MATERNITÉ

LIÉ À UNE NAISSANCE PRÉMATURÉE

Pour vous aider à compléter les dates de votre congé maternité, reportez-vous à l'imprimé n° 1 bis, comprenant le tableau des durées légales du congé maternité.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussignée (Nom/prénom de l'assurée) .....

Numéro de Sécurité sociale .....

déclare sur l'honneur, interrompre toute activité professionnelle

du ..... au .....

Au cas où, au cours de cette période, je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est passible des sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du Code de la Sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-6 du Code pénal.

Imprimé n°6
à adresser à votre caisse d'assurance maladie

RECTIFICATION DU **CONGÉ MATERNITÉ**

lié à une naissance prématurée

Quand devez-vous l'utiliser ?

Votre enfant est né avant la date prévue et vous souhaitez modifier votre demande initiale de congé maternité lié à une naissance prématurée (imprimé n° 5).

Comment l'utiliser ?

Remplissez l'attestation sur l'honneur puis adressez-la, avec l'acte de naissance de votre enfant, à votre caisse d'assurance maladie.

L'étude du droit à l'indemnisation de votre congé maternité nécessite la collecte de données personnelles vous concernant, utiles à la mise en œuvre de ce droit par l'Assurance Maladie. Ces données ne sont pas traitées au-delà des durées nécessaires à leur gestion et prévues par la réglementation en vigueur. Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données vous concernant, en adressant une demande écrite au directeur de votre organisme de rattachement ou à son délégué à la protection des données (DPO). En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés (Cnil).

Imprimé n°6

RECTIFICATION DU CONGÉ MATERNITÉ

LIÉ À UNE NAISSANCE PRÉMATURÉE

Pour vous aider à compléter les dates de votre congé maternité, reportez-vous à l'imprimé n° 1 bis, comprenant le tableau des durées légales du congé maternité.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR rectificative

Je soussignée (Nom/prénom de l'assurée) .....
numéro de Sécurité sociale .....

déclare sur l'honneur interrompre toute activité professionnelle
du.....au .....
(Indiquez la durée totale du congé, rectification comprise)
Au cas où, au cours de cette période, je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est passible des sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du Code de la Sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-6 du Code pénal.

Imprimé n°7
à adresser à votre caisse d'assurance maladie

DEMANDE DE REPORT **DU CONGÉ PRÉNATAL**

Allocation forfaitaire de repos maternel et indemnité journalière d'interruption d'activité

Quand devez-vous l'utiliser ?

Lorsque votre grossesse se déroule sans état pathologique et que vous souhaitez continuer à travailler, vous pouvez reporter une partie de votre congé prénatal sur votre congé postnatal, dans la limite de 3 semaines, en une ou plusieurs fois, sur présentation :

- d'une demande écrite de l'assurée ;
- d'un certificat du médecin ou de la sage-femme attestant que votre état de santé vous permet de prolonger votre activité professionnelle avant la naissance de votre enfant.

Important : si un arrêt de travail intervient pendant la période reportée, vous devrez cesser votre activité et serez alors indemnisée au titre du congé légal de maternité.

Comment l'utiliser ?

Faites remplir par le professionnel de santé l'attestation médicale et remplissez l'attestation sur l'honneur, puis adressez-les à votre caisse d'assurance maladie.
Renseignez la durée totale de votre congé maternité pour bénéficier des indemnités journalières forfaitaires d'interruption d'activité et des allocations forfaitaires de repos maternel.

L'étude du droit à l'indemnisation de votre congé maternité nécessite la collecte de données personnelles vous concernant, utiles à la mise en œuvre de ce droit par l'Assurance Maladie. Ces données ne sont pas traitées au-delà des durées nécessaires à leur gestion et prévues par la réglementation en vigueur. Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données vous concernant, en adressant une demande écrite au directeur de votre organisme de rattachement ou à son délégué à la protection des données (DPO). En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés (Cnil).

Imprimé n°7

REPORT DU CONGÉ PRÉNATAL

REPORT PRÉNATAL / POSTNATAL

Pour vous aider à compléter les dates de votre congé maternité, reportez-vous à l'imprimé n° 1 bis, comprenant le tableau des durées légales du congé maternité.

ATTESTATION MÉDICALE

Je soussigné(e) (Nom/prénom médecin ou sage-femme).....

atteste que :
Nom/prénom de l'assurée .....
Numéro de Sécurité sociale.....
doit cesser son activité du ..... au .....
(Indiquez la durée totale du congé, report compris)

Date, signature et cachet

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussignée (Nom/prénom de l'assurée) .....
numéro de Sécurité sociale .....
déclare sur l'honneur interrompre toute activité professionnelle
du ..... au .....
(Indiquez la durée totale du congé, report compris)

Au cas où, au cours de cette période, je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est passible des sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du Code de la Sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-6 du Code pénal.

Imprimé n°8
à adresser
à votre caisse
d'assurance
maladie

DEMANDE DE RECTIFICATION **DU REPORT**

du congé prénatal / postnatal

Quand devez-vous l'utiliser ?

Vous avez demandé à reporter une partie de votre congé prénatal sur votre congé postnatal, et souhaitez rectifier ce report.

Comment l'utiliser ?

Faites remplir par le professionnel de santé l'attestation médicale et remplissez l'attestation sur l'honneur, puis adressez-les à votre caisse d'assurance maladie.

L'étude du droit à l'indemnisation de votre congé maternité nécessite la collecte de données personnelles vous concernant, utiles à la mise en œuvre de ce droit par l'Assurance Maladie. Ces données ne sont pas traitées au-delà des durées nécessaires à leur gestion et prévues par la réglementation en vigueur. Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données vous concernant, en adressant une demande écrite au directeur de votre organisme de rattachement ou à son délégué à la protection des données (DPO). En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés (Cnil).

Imprimé n°8

DEMANDE DE RECTIFICATION DU REPORT

DU CONGÉ PRÉNATAL SUR POSTNATAL

Pour vous aider à compléter les dates de votre congé maternité, reportez-vous à l'imprimé n° 1 bis, comprenant le tableau des durées légales du congé maternité.

ATTESTATION MÉDICALE rectificative

Je soussigné(e) (Nom/prénom médecin ou sage-femme).....

atteste que :
Nom/prénom de l'assurée .....
Numéro de Sécurité sociale.....
doit cesser son activité du ..... au .....
(Indiquez la durée totale du congé, rectification comprise)

Date, signature et cachet

ATTESTATION SUR L'HONNEUR rectificative

Je soussignée (Nom/prénom de l'assurée) .....
numéro de Sécurité sociale .....

déclare sur l'honneur interrompre toute activité professionnelle
du ..... au .....
(Indiquez la durée totale du congé, rectification comprise)

Au cas où, au cours de cette période, je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est passible des sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du Code de la Sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-6 du Code pénal.

LE CONGÉ **D'ADOPTION**

En cas d'adoption, vous percevez une allocation forfaitaire de repos maternel, versée à la date de l'arrivée de l'enfant. Elle est égale à la moitié de l'allocation attribuée aux femmes qui accouchent.

Vous percevez également des indemnités journalières forfaitaires d'interruption d'activité pendant toute la durée de votre cessation d'activité.

La durée d'indemnisation maximale pour une adoption simple est de 84 jours soit 12 semaines.

Lorsque vous adoptez en couple, les deux parents adoptants peuvent prétendre au congé d'adoption. Celui-ci est alors réparti entre eux et la durée d'indemnisation est augmentée comme suit :

- 11 jours supplémentaires en cas d'adoption unique ;
- 18 jours supplémentaires en cas d'adoptions multiples.

Si le second parent adoptant est chef d'entreprise, il perçoit une indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité.

Si le second parent adoptant est conjoint collaborateur, il reçoit une indemnité de remplacement.

Imprimé n°9
à adresser à votre caisse d'assurance maladie

DEMANDE D'ALLOCATION **FORFAITAIRE**

de repos maternel (adoption)

Quand devez-vous l'utiliser ?

À l'arrivée du ou des enfants au foyer.

Comment l'utiliser ?

Remplissez la demande d'allocation forfaitaire de repos maternel et joignez l'attestation d'adoption (remise par le service d'aide sociale à l'enfance ou l'organisme autorisé pour l'adoption), puis adressez-les à votre caisse d'assurance maladie.

L'étude du droit à l'indemnisation de votre congé maternité nécessite la collecte de données personnelles vous concernant, utiles à la mise en œuvre de ce droit par l'Assurance Maladie. Ces données ne sont pas traitées au-delà des durées nécessaires à leur gestion et prévues par la réglementation en vigueur. Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données vous concernant, en adressant une demande écrite au directeur de votre organisme de rattachement ou à son délégué à la protection des données (DPO). En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés (Cnil).

Imprimé n°9

ALLOCATION FORFAITAIRE DE REPOS MATERNEL

ADOPTION

Demande d'allocation forfaitaire de repos maternel

Je soussignée (Nom/prénom de l'assurée) .....

Numéro de Sécurité sociale .....

demande à bénéficier de l'allocation forfaitaire de repos maternel à l'occasion de l'arrivée de mon enfant (Nom/prénom de l'enfant) .....à mon foyer.

Date, signature et cachet

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est passible des sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du Code de la Sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-6 du Code pénal.

Imprimé n°10
à adresser
à votre caisse
d'assurance
maladie

DEMANDE D'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE **D'INTERRUPTION D'ACTIVITÉ**

Adoption

Quand devez-vous l'utiliser ?

À l'arrivée du ou des enfants au foyer.

Comment l'utiliser ?

Remplissez l'attestation sur l'honneur puis adressez-la à votre caisse d'assurance maladie avec l'attestation d'adoption (remise par le service d'aide sociale à l'enfance ou l'organisme autorisé pour l'adoption).

L'étude du droit à l'indemnisation de votre congé maternité nécessite la collecte de données personnelles vous concernant, utiles à la mise en œuvre de ce droit par l'Assurance Maladie. Ces données ne sont pas traitées au-delà des durées nécessaires à leur gestion et prévues par la réglementation en vigueur. Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données vous concernant, en adressant une demande écrite au directeur de votre organisme de rattachement ou à son délégué à la protection des données (DPO). En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés (Cnil).

Imprimé n°10

INDEMNITÉ JOURNALIÈRE D'INTERRUPTION D'ACTIVITÉ

ADOPTION

Pour vous aider à compléter les dates, reportez-vous au tableau des durées légales en bas de page.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussignée (Nom/prénom de l'assurée) .....
Numéro de Sécurité sociale .....

atteste sur l'honneur cesser mon activité du ..... au .....
Au cas où je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

Durées légales du congé d'adoption

Nombre d'enfants adoptés	Durée maximale à compter de la date d'arrivée de l'enfant
Adoption simple	12 semaines
Adoption multiple de 2 enfants	25 semaines
Adoption multiple de 3 enfants ou plus	34 semaines

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est passible des sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du Code de la Sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-6 du Code pénal.

Imprimé n°10 bis

PARTAGE DU CONGÉ D'ADOPTION

INDEMNITÉ JOURNALIÈRE D'INTERRUPTION D'ACTIVITÉ

Pour vous aider, reportez-vous à l'imprimé n° 10 qui comprend le tableau des durées légales du congé d'adoption.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR (premier adoptant)

Je soussignée (Nom/prénom de l'assurée) .....
Numéro de Sécurité sociale .....

atteste sur l'honneur cesser mon activité du ..... au .....
Pour rappel, en cas de partage, votre congé est augmenté de 11 ou 18 jours selon le nombre d'enfants adoptés.
Au cas où je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

ATTESTATION SUR L'HONNEUR (second adoptant)

Je soussigné(e) (Nom/prénom de l'assuré(e)) .....
Numéro de Sécurité sociale .....

atteste sur l'honneur cesser mon activité du ..... au .....
Pour rappel, en cas de partage, votre congé est augmenté de 11 ou 18 jours selon le nombre d'enfants adoptés.
Au cas où je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est passible des sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du Code de la Sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-6 du Code pénal.

Imprimé n°11
à adresser à votre caisse d'assurance maladie

DEMANDE DE RECTIFICATION DU **CONGÉ D'ADOPTION**

Indemnité journalière d'interruption d'activité

Quand devez-vous l'utiliser ?

Vous avez déjà rempli une demande de congé d'adoption (imprimé n° 10 ou n° 10 bis).

Vous pouvez utiliser ce feuillet rectificatif pour modifier votre date de début ou de fin de congé d'adoption.

Comment l'utiliser ?

Remplissez l'attestation sur l'honneur puis adressez-la à votre caisse d'assurance maladie avec l'attestation d'adoption (remise par le service d'aide sociale à l'enfance ou l'organisme autorisé pour l'adoption).

L'étude du droit à l'indemnisation de votre congé maternité nécessite la collecte de données personnelles vous concernant, utiles à la mise en œuvre de ce droit par l'Assurance Maladie. Ces données ne sont pas traitées au-delà des durées nécessaires à leur gestion et prévues par la réglementation en vigueur. Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données vous concernant, en adressant une demande écrite au directeur de votre organisme de rattachement ou à son délégué à la protection des données (DPO). En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés (Cnil).

Imprimé n°11

RECTIFICATION DU CONGÉ D'ADOPTION

INDEMNITÉ JOURNALIÈRE D'INTERRUPTION D'ACTIVITÉ

Pour vous aider à compléter les dates, reportez-vous au tableau des durées légales en bas de page.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR rectificative

Je soussignée (Nom/prénom de l'assurée) .....
numéro de Sécurité sociale .....

atteste sur l'honneur cesser mon activité du ..... au.....
(Indiquez la durée globale du congé, rectification comprise).
Au cas où je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

Durées légales du congé d'adoption

Nombre d'enfants adoptés	Durée maximale à compter de la date d'arrivée de l'enfant
Adoption simple	12 semaines
Adoption multiple de 2 enfants	25 semaines
Adoption multiple de 3 enfants ou plus	34 semaines

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est passible des sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du Code de la Sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-6 du Code pénal.

Imprimé n°11 bis

RECTIFICATION DU PARTAGE DU CONGÉ D'ADOPTION

INDEMNITÉ JOURNALIÈRE D'INTERRUPTION D'ACTIVITÉ

Pour vous aider, reportez-vous à l'imprimé n° 11 qui comprend le tableau des durées légales du congé d'adoption.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR rectificative (premier adoptant)

Je soussignée (Nom/prénom de l'assurée) .....
numéro de Sécurité sociale .....

atteste sur l'honneur cesser mon activité du ..... au.....
(Indiquez la durée globale du congé, rectification comprise).

Pour rappel, en cas de partage, votre congé est augmenté de 11 ou 18 jours selon le nombre d'enfants adoptés.
Au cas où je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

ATTESTATION SUR L'HONNEUR rectificative (second adoptant)

Je soussigné(e) (Nom/prénom de l'assuré(e)) .....
numéro de Sécurité sociale .....

atteste sur l'honneur cesser mon activité du ..... au.....
(Indiquez la durée globale du congé, rectification comprise).

Pour rappel, en cas de partage, votre congé est augmenté de 11 ou 18 jours selon le nombre d'enfants adoptés.
Au cas où je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est passible des sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du Code de la Sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-6 du Code pénal.

LE CONGÉ PATERNITÉ **ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT**

Le père de votre enfant et, le cas échéant, votre conjoint, partenaire PACS ou concubin, peuvent bénéficier d'un congé paternité et d'accueil de l'enfant.

Selon leur statut professionnel, ils peuvent percevoir une indemnité journalière forfaitaire (statut de chef d'entreprise) ou une indemnité de remplacement (statut de conjoint collaborateur).

Si le revenu professionnel moyen du chef d'entreprise des 3 dernières années est inférieur à 10 % du plafond annuel de la Sécurité sociale, il percevra 10 % des montants correspondant à ces prestations.

La grille des montants est consultable sur ameli.fr, rubrique : Remboursements > Indemnités journalières > Congé paternité

Le congé paternité et d'accueil de l'enfant doit débuter dans les 4 mois suivant la naissance. Sa durée est de :

- 11 jours consécutifs en cas de naissance unique ;
- 18 jours consécutifs en cas de naissances multiples.

En cas d'hospitalisation de l'enfant après la naissance, ce congé peut être complété d'un congé d'une durée maximale de 30 jours.

Imprimé n°12
à adresser à votre caisse d'assurance maladie

DEMANDE DE CONGÉ PATERNITÉ **CHEF D'ENTREPRISE**

11 jours consécutifs maximum (18 jours en cas de naissances multiples)

Quand devez-vous l'utiliser ?

Dans les quatre mois qui suivent la naissance (ou l'arrivée au foyer de votre enfant).

Comment l'utiliser ?

Vous devez remplir l'attestation sur l'honneur, et joindre les justificatifs suivants à votre caisse d'assurance maladie :

- copie intégrale de l'acte de naissance de l'enfant ou copie du livret de famille mis à jour ou copie de l'acte de reconnaissance de l'enfant par le père ;
- ou copie de l'acte d'enfant né sans vie et un certificat médical d'accouchement d'un enfant né sans vie.

Si vous n'êtes pas le père, vous devez joindre également un extrait d'acte de mariage, ou une copie du PACS, ou un certificat de vie commune, ou une attestation sur l'honneur de vie maritale cosignée par la mère.

L'étude du droit à l'indemnisation de votre congé maternité nécessite la collecte de données personnelles vous concernant, utiles à la mise en œuvre de ce droit par l'Assurance Maladie. Ces données ne sont pas traitées au-delà des durées nécessaires à leur gestion et prévues par la réglementation en vigueur. Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données vous concernant, en adressant une demande écrite au directeur de votre organisme de rattachement ou à son délégué à la protection des données (DPO). En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés (Cnil).

CONGÉ PATERNITÉ

CHEF D'ENTREPRISE

ATTESTATION SUR L'HONNEUR du père

Je soussigné (Nom/prénom du chef d'entreprise) .....

déclare sur l'honneur interrompre toute activité professionnelle
du.....au.....
en respectant les périodes réglementaires précitées, et demande à bénéficier de l'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité.
Au cas où, au cours de cette période, je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

ATTESTATION SUR L'HONNEUR du conjoint, partenaire PACS ou concubin (si vous n'êtes pas le père)

Je soussigné (Nom/prénom du chef d'entreprise) .....

déclare sur l'honneur interrompre toute activité professionnelle
du.....au.....
en respectant les périodes réglementaires précitées, et demande à bénéficier de l'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité.
Au cas où, au cours de cette période, je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est passible des sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du Code de la Sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-6 du Code pénal.

Imprimé n°13
à adresser
à votre caisse
d'assurance
maladie

DEMANDE DE RECTIFICATION DU CONGÉ PATERNITÉ **CHEF D'ENTREPRISE**

11 jours consécutifs maximum (18 jours en cas de naissances multiples)

Quand devez-vous l'utiliser ?

Vous avez demandé à bénéficier du versement de l'indemnité d'interruption d'activité du père ou du second adoptant, et souhaitez modifier la période de versement.

Comment l'utiliser ?

Vous devez remplir l'attestation sur l'honneur et joindre les justificatifs suivants à votre caisse d'assurance maladie :

- copie intégrale de l'acte de naissance de l'enfant ou copie du livret de famille mis à jour ;
- ou copie de l'acte de reconnaissance de l'enfant par le père ;
- ou copie de l'acte d'enfant né sans vie et un certificat médical d'accouchement d'un enfant né sans vie.

Si vous n'êtes pas le père, vous devez joindre également un extrait d'acte de mariage, ou une copie du PACS, ou un certificat de vie commune, ou une attestation sur l'honneur de vie maritale cosignée par la mère.

L'étude du droit à l'indemnisation de votre congé maternité nécessite la collecte de données personnelles vous concernant, utiles à la mise en œuvre de ce droit par l'Assurance Maladie. Ces données ne sont pas traitées au-delà des durées nécessaires à leur gestion et prévues par la réglementation en vigueur. Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données vous concernant, en adressant une demande écrite au directeur de votre organisme de rattachement ou à son délégué à la protection des données (DPO). En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés (Cnil).

Imprimé n°13

RECTIFICATION DU CONGÉ PATERNITÉ

CHEF D'ENTREPRISE

ATTESTATION SUR L'HONNEUR rectificative du père

Je soussigné (Nom/prénom du chef d'entreprise) .....

déclare sur l'honneur interrompre toute activité professionnelle
du.....au.....
(indiquez la durée globale du congé, rectification comprise)
en respectant les périodes réglementaires précitées, et demande à bénéficier de l'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité.
Au cas où, au cours de cette période, je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

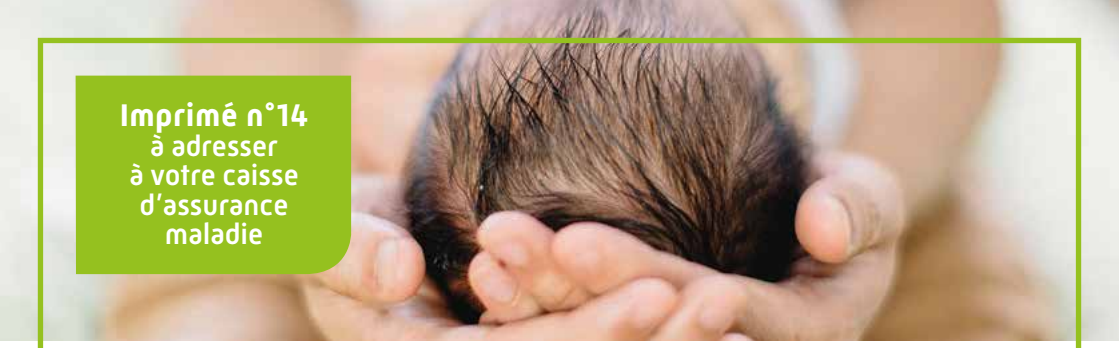
ATTESTATION SUR L'HONNEUR rectificative du conjoint, partenaire PACS ou concubin (si vous n'êtes pas le père)

Je soussigné (Nom/prénom du chef d'entreprise) .....

déclare sur l'honneur interrompre toute activité professionnelle
du.....au.....
(indiquez la durée globale du congé, rectification comprise)
en respectant les périodes réglementaires précitées, et demande à bénéficier de l'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité.
Au cas où, au cours de cette période, je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est passible des sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du Code de la Sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-6 du Code pénal.



Imprimé n°14
à adresser
à votre caisse
d'assurance
maladie

DEMANDE DE CONGÉ PATERNITÉ **CONJOINT COLLABORATEUR**

11 jours consécutifs (18 en cas de naissances multiples)

Quand devez-vous l'utiliser ?

Dans les quatre mois qui suivent la naissance (ou l'arrivée au foyer de votre enfant).

Comment l'utiliser ?

Vous devez remplir les attestations sur l'honneur et joindre les justificatifs suivants à votre caisse d'assurance maladie :

- extrait d'acte de mariage, ou copie du PACS ou certificat de vie commune ou de concubinage ou attestation sur l'honneur de vie maritale cosignée par la mère de l'enfant ;
- copie intégrale de l'acte de naissance de l'enfant ou copie du livret de famille mis à jour ;
- double du bulletin de salaire de la personne qui vous a remplacé ou état de frais délivré par l'entreprise de travail temporaire ;
- copie de l'acte de reconnaissance de l'enfant par le père, ou copie de l'acte d'enfant né sans vie et un certificat médical d'accouchement d'un enfant né sans vie.

Si vous n'êtes pas le père, vous devez joindre également un extrait d'acte de mariage, ou une copie du PACS, ou un certificat de vie commune, ou une attestation sur l'honneur de vie maritale cosignée par la mère.

L'étude du droit à l'indemnisation de votre congé maternité nécessite la collecte de données personnelles vous concernant, utiles à la mise en œuvre de ce droit par l'Assurance Maladie. Ces données ne sont pas traitées au-delà des durées nécessaires à leur gestion et prévues par la réglementation en vigueur. Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données vous concernant, en adressant une demande écrite au directeur de votre organisme de rattachement ou à son délégué à la protection des données (DPO). En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés (Cnil).

Imprimé n°14

CONGÉ PATERNITÉ

CONJOINT COLLABORATEUR

ATTESTATION SUR L'HONNEUR du père

Je soussigné (Nom/prénom du conjoint collaborateur) .....
Numéro de Sécurité sociale .....

demande à bénéficier, en tant que conjoint collaborateur mentionné (rayez la mention inutile)
- au registre du commerce et des sociétés
- au repertoire des métiers

de l'indemnité de remplacement pour la période
du.....au.....
au cours de laquelle je suis remplacé par du personnel salarié dans les travaux professionnels ou ménagers que j'effectue habituellement.

Date, signature

ATTESTATION SUR L'HONNEUR du conjoint, partenaire PACS ou concubin (si vous n'êtes pas le père)

Je soussigné (Nom/prénom du conjoint collaborateur) .....
Numéro de Sécurité sociale .....

demande à bénéficier, en tant que conjoint collaborateur mentionné (rayez la mention inutile)
- au registre du commerce et des sociétés
- au repertoire des métiers

de l'indemnité de remplacement pour la période
du.....au.....
au cours de laquelle je suis remplacé par du personnel salarié dans les travaux professionnels ou ménagers que j'effectue habituellement.

Date, signature

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est passible des sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du Code de la Sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-6 du Code pénal.

Imprimé n°14 bis

CONGÉ PATERNITÉ

CONJOINT COLLABORATEUR

ATTESTATION SUR L'HONNEUR du chef d'entreprise pour le père

Je soussignée (Nom/prénom de l'assuré exerçant une profession libérale ou associée unique d'EURL)

.....

Numéro de Sécurité sociale .....

atteste que mon conjoint ou mon partenaire pacsé (nom/prénom) .....
m'apporte effectivement et habituellement, sans être rémunéré pour cela, son concours pour l'exercice de ma propre activité professionnelle et ne bénéficie, pas à titre personnel, d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité.

Date, signature

ATTESTATION SUR L'HONNEUR du chef d'entreprise pour le conjoint, partenaire PACS ou concubin (s'il n'est pas le père)

Je soussignée (Nom/prénom de l'assuré exerçant une profession libérale ou associée unique d'EURL)

.....

Numéro de Sécurité sociale .....

atteste que mon conjoint ou mon partenaire pacsé (nom/prénom) .....
m'apporte effectivement et habituellement, sans être rémunéré pour cela, son concours pour l'exercice de ma propre activité professionnelle et ne bénéficie, pas à titre personnel, d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité.

Date, signature

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est passible des sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du Code de la Sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-6 du Code pénal.

Imprimé n°15
à adresser
à votre caisse
d'assurance
maladie

DEMANDE DE RECTIFICATION DU CONGÉ PATERNITÉ **CONJOINT COLLABORATEUR**

11 jours consécutifs (18 en cas de naissances multiples)

Quand devez-vous l'utiliser ?

Vous avez demandé à bénéficier du versement de l'indemnité de remplacement du père ou du second adoptant, et souhaitez modifier la période de versement.

Comment l'utiliser ?

Vous devez remplir les attestations sur l'honneur, et joindre les justificatifs suivants à votre caisse d'assurance maladie :

- extrait d'acte de mariage, ou copie du PACS, ou certificat de vie commune ou de concubinage, ou attestation sur l'honneur de vie maritale cosignée par la mère de l'enfant ;
- copie intégrale de l'acte de naissance de l'enfant ou copie du livret de famille mis à jour ;
- double du bulletin de salaire de la personne qui vous a remplacé ou état de frais délivré par l'entreprise de travail temporaire ;
- copie de l'acte de reconnaissance de l'enfant par le père, ou copie de l'acte d'enfant né sans vie et un certificat médical d'accouchement d'un enfant né sans vie.

Si vous n'êtes pas le père, vous devez joindre également un extrait d'acte de mariage, ou une copie du PACS, ou un certificat de vie commune, ou une attestation sur l'honneur de vie maritale cosignée par la mère.

L'étude du droit à l'indemnisation de votre congé maternité nécessite la collecte de données personnelles vous concernant, utiles à la mise en œuvre de ce droit par l'Assurance Maladie. Ces données ne sont pas traitées au-delà des durées nécessaires à leur gestion et prévues par la réglementation en vigueur. Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données vous concernant, en adressant une demande écrite au directeur de votre organisme de rattachement ou à son délégué à la protection des données (DPO). En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés (Cnil).

RECTIFICATION DU CONGÉ PATERNITÉ

CONJOINT COLLABORATEUR

ATTESTATION SUR L'HONNEUR rectificative du père

Je soussigné (Nom/prénom du conjoint collaborateur) .....
Numéro de Sécurité sociale .....

demande à bénéficier, en tant que conjoint collaborateur mentionné (rayez la mention inutile)
- au registre du commerce et des sociétés
- au repertoire des métiers

de l'indemnité de remplacement pour la période (indiquez la durée globale du congé, rectification comprise) du.....au.....
au cours de laquelle je suis remplacé par du personnel salarié dans les travaux professionnels ou ménagers que j'effectue habituellement.

Date, signature

ATTESTATION SUR L'HONNEUR rectificative du conjoint, partenaire PACS ou concubin (si vous n'êtes pas le père)

Je soussigné (Nom/prénom du conjoint collaborateur) .....
Numéro de Sécurité sociale .....

demande à bénéficier, en tant que conjoint collaborateur mentionné (rayez la mention inutile)
- au registre du commerce et des sociétés
- au repertoire des métiers

de l'indemnité de remplacement pour la période (indiquez la durée globale du congé, rectification comprise) du.....au.....
au cours de laquelle je suis remplacé par du personnel salarié dans les travaux professionnels ou ménagers que j'effectue habituellement.

Date, signature

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est passible des sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du Code de la Sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-6 du Code pénal.

Imprimé n°15 bis

RECTIFICATION DU CONGÉ PATERNITÉ

CONJOINT COLLABORATEUR

ATTESTATION SUR L'HONNEUR RECTIFICATIVE du chef d'entreprise pour le père

Je soussignée (Nom/prénom de l'assuré exerçant une profession libérale ou associée unique d'EURL)

.....

Numéro de Sécurité sociale .....

atteste que mon conjoint ou mon partenaire pacsé (nom/prénom) .....
m'apporte effectivement et habituellement, sans être rémunéré pour cela, son concours pour l'exercice de ma propre activité professionnelle et ne bénéficie, pas à titre personnel, d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité.

Date, signature

ATTESTATION SUR L'HONNEUR rectificative du chef d'entreprise pour le conjoint, partenaire PACS ou concubin (s'il n'est pas le père)

Je soussignée (Nom/prénom de l'assuré exerçant une profession libérale ou associée unique d'EURL)

.....

Numéro de Sécurité sociale .....

atteste que mon conjoint ou mon partenaire pacsé (nom/prénom) .....
m'apporte effectivement et habituellement, sans être rémunéré pour cela, son concours pour l'exercice de ma propre activité professionnelle et ne bénéficie, pas à titre personnel, d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité.

Date, signature

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est passible des sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du Code de la Sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-6 du Code pénal.

Imprimé n°16
à adresser à votre caisse d'assurance maladie

CONGÉ PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT **CHEF D'ENTREPRISE**

Hospitalisation de l'enfant

Quand devez-vous l'utiliser ?

Si votre enfant est hospitalisé dès sa naissance :

• dans une unité de néonatalogie, de réanimation néonatale, de pédiatrie de nouveau-nés et de nourrissons

ou

• dans une unité indifférenciée de réanimation pédiatrique et néonatale.

Ce congé doit être pris en une seule fois, dans les 4 mois qui suivent la naissance de votre enfant et ne peut durer plus de 30 jours.

Comment l'utiliser ?

Remplissez les attestations sur l'honneur, puis adressez-les à votre caisse d'assurance maladie avec le bulletin d'hospitalisation de votre enfant.
Ce bulletin d'hospitalisation doit être renouvelé tous les 15 jours. Vous devez également fournir un bulletin à la fin de l'hospitalisation de votre enfant.

Vous pouvez bénéficier de ce congé en plus de votre congé paternité et d'accueil de l'enfant (voir imprimé n° 12).

Si vous n'avez pas déjà formulé de demande de congés paternité et d'accueil de l'enfant, vous devez fournir les pièces demandées dans l'imprimé n° 12 afin de prouver votre lien avec l'enfant et/ou la mère de celui-ci.

L'étude du droit à l'indemnisation de votre congé maternité nécessite la collecte de données personnelles vous concernant, utiles à la mise en œuvre de ce droit par l'Assurance Maladie. Ces données ne sont pas traitées au-delà des durées nécessaires à leur gestion et prévues par la réglementation en vigueur. Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données vous concernant, en adressant une demande écrite au directeur de votre organisme de rattachement ou à son délégué à la protection des données (DPO). En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés (Cnil).

CONGÉ PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT
CHEF D'ENTREPRISE
HOSPITALISATION DE L'ENFANT

ATTESTATION SUR L'HONNEUR de cessation d'activité du père

Je soussigné (Nom/prénom de l'assuré).....
numéro de Sécurité sociale.....
déclare sur l'honneur interrompre toute activité professionnelle
du.....au.....
en raison de l'hospitalisation du nouveau-né.
Au cas où, au cours de cette période, je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

ATTESTATION SUR L'HONNEUR de cessation d'activité du conjoint, partenaire PACS ou concubin (si vous n'êtes pas le père)

Je soussigné (Nom/prénom de l'assuré).....
numéro de Sécurité sociale.....
déclare sur l'honneur interrompre toute activité professionnelle
du.....au.....
en raison de l'hospitalisation du nouveau-né.
Au cas où, au cours de cette période, je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est passible des sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du Code de la Sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-6 du Code pénal.

Imprimé n°17
à adresser
à votre caisse
d'assurance
maladie

CONGÉ PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT **CONJOINT COLLABORATEUR**

Hospitalisation de l'enfant

Quand devez-vous l'utiliser ?

Si votre enfant est hospitalisé dès sa naissance :

• dans une unité de néonatalogie, de réanimation néonatale, de pédiatrie de nouveau-nés et de nourrissons

ou

• dans une unité indifférenciée de réanimation pédiatrique et néonatale.

Ce congé doit être pris en une seule fois, dans les 4 mois qui suivent la naissance de votre enfant et ne peut durer plus de 30 jours.

Comment l'utiliser ?

Remplissez les attestations sur l'honneur, puis adressez-les à votre caisse d'assurance maladie avec le bulletin d'hospitalisation de votre enfant.

Ce bulletin doit être renouvelé tous les 15 jours.

Vous devez également fournir un bulletin à la fin de l'hospitalisation de votre enfant.

Vous pouvez bénéficier de ce congé en plus de votre congé paternité et d'accueil de l'enfant (voir imprimé n° 14).

Si vous n'avez pas déjà formulé de demande de congés paternité et d'accueil de l'enfant, vous devez fournir les pièces demandées dans l'imprimé n° 14 afin de prouver votre lien avec l'enfant et/ou la mère de celui-ci.

L'étude du droit à l'indemnisation de votre congé maternité nécessite la collecte de données personnelles vous concernant, utiles à la mise en œuvre de ce droit par l'Assurance Maladie. Ces données ne sont pas traitées au-delà des durées nécessaires à leur gestion et prévues par la réglementation en vigueur. Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données vous concernant, en adressant une demande écrite au directeur de votre organisme de rattachement ou à son délégué à la protection des données (DPO). En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés (Cnil).

CONGÉ PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT CONJOINT COLLABORATEUR

HOSPITALISATION DE L'ENFANT

ATTESTATION SUR L'HONNEUR de cessation d'activité du père

Je soussigné (Nom/prénom de l'assuré).....
numéro de Sécurité sociale.....

déclare sur l'honneur interrompre toute activité professionnelle
du.....au.....
en raison de l'hospitalisation du nouveau-né.
Au cas où, au cours de cette période, je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

ATTESTATION SUR L'HONNEUR de cessation d'activité du conjoint, partenaire PACS ou concubin (si vous n'êtes pas le père)

Je soussigné (Nom/prénom de l'assuré).....
numéro de Sécurité sociale.....

déclare sur l'honneur interrompre toute activité professionnelle
du.....au.....
en raison de l'hospitalisation du nouveau-né.
Au cas où, au cours de cette période, je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est passible des sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du Code de la Sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-6 du Code pénal.

Imprimé n°17 bis

CONGÉ PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT CONJOINT COLLABORATEUR

HOSPITALISATION DE L'ENFANT

ATTESTATION SUR L'HONNEUR du chef d'entreprise pour le père

Je soussignée (Nom/prénom de l'assuré exerçant une profession libérale ou associée unique d'EURL)

.....

Numéro de Sécurité sociale .....

atteste que mon conjoint ou mon partenaire pacsé (nom/prénom) .....
m'apporte effectivement et habituellement, sans être rémunéré pour cela, son concours pour l'exercice de ma propre activité professionnelle et ne bénéficie, pas à titre personnel, d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité.

Date, signature

ATTESTATION SUR L'HONNEUR du chef d'entreprise pour le conjoint, partenaire PACS ou concubin (s'il n'est pas le père)

Je soussignée (Nom/prénom de l'assuré exerçant une profession libérale ou associée unique d'EURL)

.....

Numéro de Sécurité sociale .....

atteste que mon conjoint ou mon partenaire pacsé (nom/prénom) .....
m'apporte effectivement et habituellement, sans être rémunéré pour cela, son concours pour l'exercice de ma propre activité professionnelle et ne bénéficie, pas à titre personnel, d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité.

Date, signature

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est passible des sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du Code de la Sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-6 du Code pénal.

NOTES

Crédits photographiques : Gettyimages
BRO-TI-FE-Caisse nationale d'assurance maladie – décembre 2019

ameli.fr