



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Futurs parents  
conjoints collaborateurs,  
**LES DÉMARCHES  
DE PRESTATIONS  
MATERNITÉ ET  
PATERNITÉ**





# L'ASSURANCE MALADIE VOUS ACCOMPAGNE

## dans vos démarches administratives pour vos prestations maternité

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

**Vous êtes conjointe collaboratrice d'un travailleur indépendant :**

- chef d'entreprise (artisanale, commerciale ou libérale),  
ou
- praticien ou auxiliaire médical conventionné (PAMC).

À ce titre, vous pouvez prétendre sous certaines conditions à des prestations  
d'assurance maternité (congé maternité, d'adoption, paternité et d'accueil de  
l'enfant) et bénéficier de deux types de prises en charge :



**Une allocation forfaitaire de repos maternel.**

**Une indemnité de remplacement.**

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

**Vous pouvez estimer le montant de vos indemnités journalières  
grâce au simulateur en ligne sur ameli.fr :**  
<https://www.ameli.fr/assure/simulateur-maternite-paternite>

# 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 de paternité et d'accueil de l'enfant P 43

Imprimé n° 1	Congé maternité .....	P. 09
Imprimé n° 2	Rectification du congé maternité .....	P. 13
Imprimé n° 3	Congé pour état pathologique <i>Grossesse ou accouchement</i> .....	P. 15
Imprimé n° 4	Report d'une partie du congé maternité <i>Hospitalisation de l'enfant</i> .....	P. 19
Imprimé n° 5	Congé maternité <i>Naissance prématurée</i> .....	P. 23
Imprimé n° 6	Rectification du congé maternité <i>Naissance prématurée</i> .....	P. 25
Imprimé n° 7	Report du congé prénatal <i>Report prénatal / postnatal</i> .....	P. 27
Imprimé n° 8	Rectification du report du congé prénatal <i>Report prénatal / postnatal</i> .....	P. 29
Imprimé n° 8 bis	Report du congé postnatal <i>Report postnatal/prénatal</i> .....	P. 31
Imprimé n° 9	Allocation forfaitaire de repos maternel <i>Adoption</i> .....	P. 35
Imprimé n° 10	Indemnité de remplacement <i>Adoption</i> .....	P. 37
Imprimé n° 10 bis	Partage du congé d'adoption .....	P. 39
Imprimé n° 11	Rectification du congé d'adoption .....	P. 41
Imprimé n° 11 bis	Rectification du partage du congé d'adoption .....	P. 43
Imprimé n° 12	Congé paternité chef d'entreprise ou des praticiens ou auxiliaires médicaux conventionnés .....	P. 47
Imprimé n° 13	Rectification du congé paternité chef d'entreprise ou des praticiens ou auxiliaires médicaux conventionnés .....	P. 49
Imprimé n° 14	Congé paternité conjoint collaborateur .....	P. 51
Imprimé n° 15	Rectification du congé paternité conjoint collaborateur .....	P. 55
Imprimé n° 16	Congé paternité et d'accueil de l'enfant - Chef d'entreprise ou des praticiens ou auxiliaires médicaux conventionnés <i>Hospitalisation de l'enfant</i> .....	P. 59
Imprimé n° 17	Congé paternité et d'accueil de l'enfant - Conjoint collaborateur <i>Hospitalisation de l'enfant</i> .....	P. 61

## CONDITIONS D'AFFILIATION



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

Si votre conjoint-e 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



Conjointes collaboratrices, vous pouvez bénéficier de deux types de prestations maternité : l'allocation forfaitaire de repos maternel et l'indemnité de remplacement. Pour bénéficier de ces prestations, vous devez cesser toute activité pendant 8 semaines minimum, dont 6 semaines après l'accouchement. Si le revenu professionnel moyen des 3 dernières années de votre conjoint-e chef d'entreprise, est inférieur à 10 % du plafond annuel de la Sécurité sociale, vous percevrez 10% de l'allocation forfaitaire de repos maternel. Cette condition de revenu ne s'applique pas si votre conjoint est affilié au régime des praticiens ou auxiliaires médicaux conventionnés.

Vous pouvez estimer le montant de vos indemnités journalières grâce au simulateur en ligne sur [ameli.fr](https://www.ameli.fr) : <https://www.ameli.fr/assure/simulateur-maternite-paternite>



## 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 DE REMPLACEMENT



En plus de l'allocation forfaitaire de repos maternel, vous pouvez bénéficier de l'indemnité de remplacement si le chef d'entreprise ou PAMC emploie une personne salariée pour réaliser votre activité. Le montant de l'indemnité de remplacement est égal au coût réel du remplacement dans la limite d'un plafond journalier. Pour vous, comme pour votre bébé, le congé maternité est important.



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

## 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.
- 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

- 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 5 à 6

- Dans certains cas vous pouvez allonger la durée de votre congé prénatal, la durée de votre congé postnatal sera réduite d'autant :
  - Si vous attendez des jumeaux vous pouvez reporter jusqu'à 4 semaines de votre congé postnatal sur votre congé prénatal ;
  - Si vous attendez un enfant dont la naissance porte à 3 ou plus le nombre d'enfants à charge ou lorsque vous avez déjà mis au monde deux enfants nés viables, vous pouvez reporter jusqu'à 2 semaines de votre congé postnatal sur votre congé prénatal.

### Imprimés 7 à 8 bis

## DEMANDE DE CONGÉ MATERNITÉ

Allocation forfaitaire de repos maternel  
et indemnité de remplacement



### Quand devez-vous l'utiliser ?

Après avoir effectué votre déclaration de grossesse et 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 huit 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 les attestations sur l'honneur complétées, photocopie des bulletins de salaires ou état de frais délivré par l'entreprise de travail temporaire du remplaçant.

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).

**DEMANDE DE CONGÉ MATERNITÉ****ALLOCATION FORFAITAIRE DE REPOS MATERNEL ET INDEMNITÉ DE REMPLACEMENT**

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 de la conjointe collaboratrice**

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

Numéro de Sécurité sociale .....

en tant que conjointe collaboratrice mentionnée (rayez la mention inutile)

- au registre du commerce et des sociétés

- au répertoire des métiers

atteste sur l'honneur, avoir été remplacée 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

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR du chef d'entreprise ou praticien ou auxiliaire médical**

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

numéro de Sécurité sociale .....

atteste sur l'honneur que ma conjointe (Nom/prénom de l'assurée) .....

m'apporte effectivement et habituellement, sans être rémunérée 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.

À ce titre, ma conjointe demande à bénéficier de l'indemnité de remplacement

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

période au cours de laquelle elle a été remplacée.

Date, signature

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 623-2 et suivants du code de la sécurité sociale 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 DE REMPLACEMENT**

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

**Report du prénatal / postnatal**

La durée maximale du congé prénatal, quels que soient le rang de naissance et le nombre d'enfants à naître, peut être réduite d'une, deux ou trois semaines sur prescription médicale. La durée du congé postnatal est alors augmentée d'autant. (cf. Imprimé 7)

**Report du postnatal/prénatal**

Nombre d'enfants nés ou à charge	Naissance simple portant à 3 ou plus le nombre d'enfants à charge	Naissance multiple (jumeaux)
Durée du congé prénatal	augmentée de 2 semaines	augmentée de 4 semaines
Durée du congé postnatal	diminuée de 2 semaines	diminuée de 4 semaines

(cf. Imprimé 8bis)



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

## DEMANDE DE RECTIFICATION DU CONGÉ MATERNITÉ

Allocation forfaitaire de repos maternel  
et indemnité de remplacement



### 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 les attestations sur l'honneur rectificatives complétées, et la photocopie des bulletins de salaires ou de l'état de frais délivré par l'entreprise de travail temporaire du remplaçant.

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](https://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).

## DEMANDE DE RECTIFICATION DU CONGÉ MATERNITÉ

### ALLOCATION FORFAITAIRE DE REPOS MATERNEL ET INDEMNITÉ DE REMPLACEMENT

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 de la conjointe collaboratrice

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

Numéro de Sécurité sociale .....

en tant que conjointe collaboratrice mentionnée (rayez la mention inutile)

- au registre du commerce et des sociétés

- au répertoire des métiers

atteste sur l'honneur, avoir été remplacée 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

#### ATTESTATION SUR L'HONNEUR rectificative du chef d'entreprise ou praticien ou auxiliaire médical conventionné

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

numéro de Sécurité sociale .....

atteste sur l'honneur que ma conjointe (Nom/prénom de l'assurée) .....

m'apporte effectivement et habituellement, sans être rémunérée 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.

À ce titre, ma conjointe demande à bénéficier de l'indemnité de remplacement

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

période au cours de laquelle elle a été remplacée.

Date, signature

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 623-2 et suivants du code de la sécurité sociale 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 les attestations sur l'honneur, puis adressez-les à votre caisse d'assurance maladie avec la photocopie des bulletins de salaires ou de l'état de frais délivré par l'entreprise de travail temporaire du remplaçant.

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

#### Les situations sont possibles sont présentées sur l'imprimé 3 bis

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).



## 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 (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 de la conjointe collaboratrice

Je soussignée (Nom/prénom de l'assurée) .....  
Numéro de Sécurité sociale .....  
en tant que conjointe collaboratrice mentionnée (rayez la mention inutile)  
- au registre du commerce et des sociétés - au repertoire des métiers  
atteste sur l'honneur avoir été remplacée en raison de mon état pathologique pendant 15 jours,  
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

### ATTESTATION SUR L'HONNEUR du chef d'entreprise ou PAMC

Je soussigné(e) (Nom/prénom de l'assuré(e)) .....  
numéro de Sécurité sociale .....  
atteste sur l'honneur que ma conjointe (Nom/prénom de l'assurée) .....  
m'apporte effectivement et habituellement, sans être rémunérée 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. 623-2 et suivants du code de la sécurité sociale 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.

## 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 (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 de la conjointe collaboratrice

Je soussignée (Nom/prénom de l'assurée) .....  
Numéro de Sécurité sociale .....  
en tant que conjointe collaboratrice mentionnée (rayez la mention inutile)  
- au registre du commerce et des sociétés - au repertoire des métiers  
atteste sur l'honneur avoir été remplacée en raison de mon état pathologique pendant 15 jours,  
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

### ATTESTATION SUR L'HONNEUR du chef d'entreprise ou praticien ou auxiliaire médical conventionné

Je soussigné(e) (Nom/prénom de l'assuré(e)) .....  
numéro de Sécurité sociale .....  
atteste sur l'honneur que ma conjointe (Nom/prénom de l'assurée) .....  
m'apporte effectivement et habituellement, sans être rémunérée 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. 623-2 et suivants du code de la sécurité sociale 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.

## CONGÉ POUR ÉTAT PATHOLOGIQUE

RÉSULTANT DE LA GROSSESSE OU DE L'ACCOUCHEMENT

Vous trouverez ci-dessous le 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	0
Cas 4	0	15 jours
Cas 5	15 jours	15 jours

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).

## 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

#### ATTESTATION SUR L'HONNEUR du chef d'entreprise ou PAMC

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

atteste sur l'honneur que ma conjointe (Nom/prénom de l'assurée) .....  
m'apporte effectivement et habituellement, sans être rémunérée 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. 623-2 et suivants du code de la sécurité sociale 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.



## 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

#### ATTESTATION SUR L'HONNEUR du chef d'entreprise ou PAMC


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

atteste sur l'honneur que ma conjointe (Nom/prénom de l'assurée) .....  
m'apporte effectivement et habituellement, sans être rémunérée 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. 623-2 et suivants du code de la sécurité sociale 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 de remplacement



### 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 les attestations sur l'honneur, puis adressez-les à votre caisse d'assurance maladie avec l'acte de naissance de votre enfant, la photocopie des bulletins de salaires ou de l'état de frais délivré par l'entreprise de travail temporaire du remplaçant. Renseignez la durée totale de votre congé maternité pour bénéficier de vos prestations.

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 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 de la conjointe collaboratrice

Je soussignée (Nom/prénom de l'assurée) .....  
Numéro de Sécurité sociale .....  
en tant que conjointe collaboratrice mentionnée (rayez la mention inutile)  
- au registre du commerce et des sociétés  
- au répertoire des métiers

atteste sur l'honneur, avoir été remplacée 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

#### ATTESTATION SUR L'HONNEUR du chef d'entreprise ou PAMC

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

atteste sur l'honneur que ma conjointe (Nom/prénom de l'assurée) .....  
m'apporte effectivement et habituellement, sans être rémunérée 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.

À ce titre, ma conjointe demande à bénéficier de l'indemnité de remplacement  
du ..... au .....  
période au cours de laquelle elle a été remplacée.

Date, signature

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 623-2 et suivants du code de la sécurité sociale 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 les attestations sur l'honneur, puis adressez-les, avec l'acte de naissance de votre enfant, à votre caisse d'assurance maladie avec la photocopie des bulletins de salaires ou de l'état de frais délivré par l'entreprise de travail temporaire du remplaçant.

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 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 de la conjointe collaboratrice

Je soussignée (Nom/prénom de l'assurée) .....  
 Numéro de Sécurité sociale .....  
 en tant que conjointe collaboratrice mentionnée (rayez la mention inutile)  
 - au registre du commerce et des sociétés  
 - au répertoire des métiers

atteste sur l'honneur, avoir été remplacée 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

#### ATTESTATION SUR L'HONNEUR rectificative du chef d'entreprise ou praticien ou auxiliaire médical conventionné

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

atteste sur l'honneur que ma conjointe (Nom/prénom de l'assurée) .....  
 m'apporte effectivement et habituellement, sans être rémunérée 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.

À ce titre, ma conjointe demande à bénéficier de l'indemnité de remplacement du ..... au .....

(Indiquez la durée totale du congé, rectification comprise)  
 période au cours de laquelle elle a été remplacée.

Date, signature

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 623-2 et suivants du code de la sécurité sociale 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 de remplacement



#### 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 les attestations 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).

## 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 de la conjointe collaboratrice

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

Numéro de Sécurité sociale .....

en tant que conjointe collaboratrice mentionnée (rayez la mention inutile)

- au registre du commerce et des sociétés

- au répertoire des métiers

atteste sur l'honneur, avoir été remplacée du ..... au.....

(Indiquez la durée totale du congé, report compris)

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

#### ATTESTATION SUR L'HONNEUR du chef d'entreprise ou PAMC

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

numéro de Sécurité sociale .....

atteste sur l'honneur que ma conjointe (Nom/prénom de l'assurée) .....

m'apporte effectivement et habituellement, sans être rémunérée 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. 623-2 et suivants du code de la sécurité sociale 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 les attestations sur l'honneur, puis adressez-les à votre caisse d'assurance maladie.

L'étude de 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).

## 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 de la conjointe collaboratrice

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

Numéro de Sécurité sociale .....

en tant que conjointe collaboratrice mentionnée (rayez la mention inutile)

- au registre du commerce et des sociétés

- au répertoire des métiers

atteste sur l'honneur, avoir été remplacée 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

#### ATTESTATION SUR L'HONNEUR rectificative du chef d'entreprise ou PAMC

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

numéro de Sécurité sociale .....

atteste sur l'honneur que ma conjointe (Nom/prénom de l'assurée) .....

m'apporte effectivement et habituellement, sans être rémunérée 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. 623-2 et suivants du code de la sécurité sociale 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 bis  
à adresser  
à votre caisse  
d'assurance  
maladie

## DEMANDE DE REPORT DU CONGÉ POSTNATAL

Allocation forfaitaire de repos maternel  
et indemnité de remplacement



#### Quand devez-vous l'utiliser ?

• Si vous attendez des jumeaux, vous pouvez augmenter la durée du congé prénatal de 4 semaines au plus, la durée de votre congé postnatal sera alors réduite d'autant.

• Si vous attendez un enfant dont la naissance portera à 3 ou plus le nombre d'enfants à charge ou lorsque vous avez déjà mis au monde au moins deux enfants nés viables, vous pouvez augmenter la durée de votre congé prénatal d'une durée maximale de 2 semaines. La durée de votre congé postnatal sera alors réduite d'autant.



#### Comment l'utiliser ?

Remplissez l'attestation sur l'honneur, puis adressez-la 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).



## REPORT DU CONGÉ POSTNATAL

### REPORT POSTNATAL / PRÉNATAL

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 soussigné(e) (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 mon congé maternité, je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

Cochez la case correspondant à votre situation :

- Grossesse gémellaire ;
- Un enfant à naître portant à 3 ou plus le nombre d'enfants à charge ;
- Un enfant à naître et j'ai déjà mis au monde deux enfants nés viables.

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 623-2 et suivants du code de la sécurité sociale 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 de remplacement pendant la durée de votre cessation d'activité.

La durée d'indemnisation maximale pour l'adoption d'un enfant est de 84 jours, soit 12 semaines.

Lorsque vous adoptez en couple et que 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 :

- 25 jours supplémentaires en cas d'adoption unique ;
- 32 jours supplémentaires en cas d'adoptions multiples.

La période d'indemnisation est partagée entre les deux parents, selon leur choix, dans la limite pour chacun des parents de la durée maximale légale, déduction faite de la durée prise par l'autre.

**Si le second parent adoptant est chef d'entreprise ou PAMC, il reçoit 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, l'attestation sur l'honneur 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).

## ALLOCATION FORFAITAIRE DE REPOS MATERNEL

ADOPTION

### Demande d'allocation forfaitaire de repos maternel

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

Numéro de Sécurité sociale .....

en tant que conjointe collaboratrice mentionnée (rayez la mention inutile)

- au registre du commerce et des sociétés

- au répertoire des métiers

demande à bénéficier de l'allocation forfaitaire de repos maternel à l'occasion de l'arrivée de mon enfant ..... à mon foyer.

Date, signature

### ATTESTATION SUR L'HONNEUR du chef d'entreprise ou PAMC

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

numéro de Sécurité sociale .....

atteste sur l'honneur que ma conjointe (Nom/prénom de l'assurée) .....

m'apporte effectivement et habituellement, sans être rémunérée 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.

À ce titre, ma conjointe demande à bénéficier de l'allocation forfaitaire de repos maternel.

Date, signature

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 623-2 et suivants du code de la sécurité sociale 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 DE REMPLACEMENT

Adoption



### Quand devez-vous l'utiliser ?

À l'arrivée du ou des enfants au foyer.



### Comment l'utiliser ?

Remplissez les attestations sur l'honneur puis adressez-les 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).

**INDEMNITÉ DE REMPLACEMENT****ADOPTANT SEUL**

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

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR de la conjointe collaboratrice**

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

Numéro de Sécurité sociale .....

en tant que conjointe collaboratrice mentionnée (rayez la mention inutile)

- au registre du commerce et des sociétés

- au répertoire des métiers

atteste sur l'honneur, être remplacée du ..... au .....

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

Nombre d'enfant dont l'assuré ou le foyer a déjà la charge : .....

Date, signature

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR du chef d'entreprise ou PAMC**

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

numéro de Sécurité sociale .....

atteste sur l'honneur que ma conjointe (Nom/prénom de l'assurée) .....

m'apporte effectivement et habituellement, sans être rémunérée 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.

À ce titre, ma conjointe demande à bénéficier de l'indemnité de remplacement du ..... au .....

période au cours de laquelle elle a été remplacée.

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 d'un seul enfant	12 semaines, soit 84 jours
Adoption d'un enfant portant à 3 ou plus le nombre d'enfants dont l'assuré ou le foyer a la charge	19 semaines et 3 jours, soit 136 jours
Adoption multiple de 2 enfants	25 semaines et 3 jours, soit 178 jours
Adoption multiple de 3 enfants ou plus	34 semaines et 3 jours, soit 241 jours

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 623-2 et suivants du code de la sécurité sociale 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.

**INDEMNITÉ DE REMPLACEMENT****COUPLE D'ADOPTANTS**

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 soussigné (Nom/prénom de l'assuré) .....

Numéro de Sécurité sociale .....

en tant que conjointe collaboratrice mentionnée (rayez la mention inutile)

- au registre du commerce et des sociétés

- au répertoire des métiers

atteste sur l'honneur, être remplacée du ..... au .....

*Pour rappel, en cas d'adoption en couple, votre congé est augmenté de 25 ou 32 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.

Nombre d'enfant dont l'assuré ou le foyer a déjà la charge : .....

Date, signature

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR (second adoptant)**

Je soussigné(e) (Nom/prénom de l'assurée) .....

Numéro de Sécurité sociale .....

atteste sur l'honneur cesser mon activité du ..... au .....

*Pour rappel, en cas d'adoption en couple, votre congé est augmenté de 25 ou 32 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.

Nombre d'enfant dont l'assuré ou le foyer a déjà la charge : .....

Date, signature

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR du chef d'entreprise ou PAMC**

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


numéro de Sécurité sociale .....

atteste sur l'honneur que ma conjointe (Nom/prénom de l'assurée) .....

m'apporte effectivement et habituellement, sans être rémunérée 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. 623-2 et suivants du code de la sécurité sociale 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 de remplacement



### 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 les attestations sur l'honneur puis adressez-les 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).

**RECTIFICATION DU CONGÉ D'ADOPTION****ADOPTANT SEUL****ATTESTATION SUR L'HONNEUR rectificative de la conjointe collaboratrice**

Je soussignée (Nom/prénom de l'assurée) .....  
 Numéro de Sécurité sociale .....  
 en tant que conjointe collaboratrice mentionnée (rayez la mention inutile)  
 - au registre du commerce et des sociétés  
 - au répertoire des métiers

atteste sur l'honneur, être remplacée 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

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR rectificative du chef d'entreprise ou PAMC**

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

atteste sur l'honneur que ma conjointe (Nom/prénom de l'assurée) .....  
 m'apporte effectivement et habituellement, sans être rémunérée 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

**Durées légales du congé d'adoption**

Nombre d'enfants adoptés	Durée maximale à compter de la date d'arrivée de l'enfant
Adoption d'un seul enfant	12 semaines, soit 84 jours
Adoption d'un enfant portant à 3 ou plus le nombre d'enfants dont l'assuré ou le foyer a la charge	19 semaines et 3 jours, soit 136 jours
Adoption multiple de 2 enfants	25 semaines et 3 jours, soit 178 jours
Adoption multiple de 3 enfants ou plus	34 semaines et 3 jours, soit 241 jours

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 623-2 et suivants  
 du code de la sécurité sociale 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.

**RECTIFICATION DU PARTAGE DU CONGÉ D'ADOPTION****COUPLE D'ADOPTANTS**

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 .....  
 en tant que conjointe collaboratrice mentionnée (rayez la mention inutile)  
 - au registre du commerce et des sociétés  
 - au répertoire des métiers

atteste sur l'honneur, être remplacée du ..... au .....  
 (Indiquez la durée globale du congé, rectification comprise)  
*Pour rappel, en cas de partage, votre congé est augmenté de 25 ou 32 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 25 ou 32 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 du chef d'entreprise ou PAMC**

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

atteste sur l'honneur que ma conjointe (Nom/prénom de l'assurée) .....  
 m'apporte effectivement et habituellement, sans être rémunérée 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. 623-2 et suivants  
 du code de la sécurité sociale 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 DE 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 PAMC) 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. Cette condition de revenu ne s'applique pas aux assurés du régime des praticiens et auxiliaires médicaux.

La grille des montants est consultable sur [ameli.fr](https://ameli.fr), rubrique : Remboursements > Indemnités journalières > Congé paternité

Le congé paternité et d'accueil de l'enfant est d'une durée de 25 jours en cas de naissance simple et de 32 jours en cas de naissances multiples. Il peut être pris en une seule fois et doit alors débiter impérativement le jour de la naissance de votre enfant.

Il peut également être pris en plusieurs fois et se compose alors de deux périodes :

- Une période **obligatoire** de 7 jours qui débute dès la naissance de votre enfant ;
- une période de 18 ou 25 jours qui peut être fractionnée en trois périodes d'au moins 5 jours et qui doit être prise dans les 6 mois qui suivent la naissance de votre enfant.

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 qui débutera à l'issue de la période de 7 jours obligatoire.



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

# DEMANDE DE CONGÉ DE PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT CHEF D'ENTREPRISE OU PRATICIENS OU AUXILIAIRES MÉDICAUX CONVENTIONNÉS

25 jours en cas de naissance simple  
(32 jours en cas de naissances multiples)



## Quand devez-vous l'utiliser ?

Dès la naissance de l'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, paternité et accueil de l'enfant, adoption, 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 OU PRATICIEN OU AUXILIAIRE MÉDICAL CONVENTIONNÉ

### ATTESTATION SUR L'HONNEUR du père

Je soussigné (Nom/prénom du chef d'entreprise ou PAMC) .....  
 Numéro de sécurité sociale .....

déclare sur l'honneur interrompre toute activité professionnelle  
 du (date de naissance de l'enfant).....au (7 jours à compter de la naissance de  
 l'enfant) .....

- Puis du ..... au .....
- Du ..... au.....
- Et du ..... au.....<sup>1</sup>

et demande à bénéficier de l'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité.  
 Au cas où, au cours de ces périodes, 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 ou PAMC) .....  
 Numéro de sécurité sociale .....

déclare sur l'honneur interrompre toute activité professionnelle  
 du (date de naissance de l'enfant).....au (7 jours à compter de la naissance de  
 l'enfant) .....

- Puis du ..... au .....
- Du ..... au.....
- Et du ..... au.....<sup>2</sup>

et demande à bénéficier de l'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité.  
 Au cas où, au cours de ces périodes, je déciderais de reprendre mon activité professionnelle  
 je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

1 - Renseigner 3 périodes d'au moins 5 jours chacune, ou 1 ou 2 périodes, dans la limite des 18 ou 25 jours restants.  
 2 - Renseigner 3 périodes d'au moins 5 jours chacune, ou 1 ou 2 périodes, dans la limite des 18 ou 25 jours restants.

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 623-2 et suivants du code de la sécurité sociale 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 D'RECTIFICATION DU CONGÉ DE PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT CHEF D'ENTREPRISE OU PRATICIEN OU AUXILIAIRE MÉDICAL CONVENTIONNÉ

25 jours en cas de naissance simple  
 (32 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  
 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, paternité et accueil de l'enfant, adoption, 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

CHEF D'ENTREPRISE OU PRATICIEN OU AUXILIAIRE MÉDICAL CONVENTIONNÉ

### ATTESTATION SUR L'HONNEUR rectificative du père

Je soussigné (Nom/prénom du chef d'entreprise ou PAMC) .....  
 Numéro de sécurité sociale .....

déclare sur l'honneur interrompre toute activité professionnelle  
 du (date de naissance de l'enfant)..... au (7 jours à compter de la naissance de  
 l'enfant) .....

- Puis du ..... au .....
- Du ..... au.....
- Et du ..... au.....<sup>1</sup>

et demande à bénéficier de l'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité.  
 Au cas où, au cours de ces périodes, 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 ou PAMC) .....  
 Numéro de sécurité sociale .....

déclare sur l'honneur interrompre toute activité professionnelle  
 du (date de naissance de l'enfant)..... au (7 jours à compter de la naissance de  
 l'enfant) .....

- Puis du ..... au .....
- Du ..... au.....
- Et du ..... au.....<sup>2</sup>

et demande à bénéficier de l'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité.  
 Au cas où, au cours de ces périodes, je déciderais de reprendre mon activité professionnelle  
 je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

1 - Renseigner 3 périodes d'au moins 5 jours chacune, ou 1 ou 2 périodes, dans la limite des 18 ou 25 jours restants.  
 2 - Renseigner 3 périodes d'au moins 5 jours chacune, ou 1 ou 2 périodes, dans la limite des 18 ou 25 jours restants.

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 623-2 et suivants  
 du code de la sécurité sociale 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 ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT CONJOINT COLLABORATEUR

25 jours en cas de naissance simple  
 [32 en cas de naissances multiples]



### Quand devez-vous l'utiliser ?

Dès la naissance de l'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, paternité et accueil de l'enfant, adoption, 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 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 répertoire des métiers

de l'indemnité de remplacement pour la période  
 du (date de naissance de l'enfant) .....  
 au (7 jours à compter de la naissance de l'enfant) ....  
 • Puis du ..... au ..... ;  
 • Du ..... au ..... ;  
 • Et du ..... au .....<sup>1</sup>

au cours desquelles 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 répertoire des métiers

de l'indemnité de remplacement pour la période  
 du (date de naissance de l'enfant) .....  
 au (7 jours à compter de la naissance de l'enfant) ....  
 • Puis du ..... au ..... ;  
 • Du ..... au ..... ;  
 • Et du ..... au .....<sup>2</sup>

au cours desquelles je suis remplacé par du personnel salarié dans les travaux professionnels ou ménagers que j'effectue habituellement.

Date, signature

1 - Renseigner 3 périodes d'au moins 5 jours chacune, ou 1 ou 2 périodes, dans la limite des 18 ou 25 jours restants.  
 2 - Renseigner 3 périodes d'au moins 5 jours chacune, ou 1 ou 2 périodes, dans la limite des 18 ou 25 jours restants.

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 623-2 et suivants du code de la sécurité sociale 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.

## CONGÉ PATERNITÉ CONJOINT COLLABORATEUR

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

Je soussignée (Nom/prénom de l'assurée 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 ou PAMC pour le conjoint, partenaire PACS ou concubin (s'il n'est pas le père)

Je soussigné(e) (Nom/prénom de l'assuré(e) 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. 623-2 et suivants du code de la sécurité sociale 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 DE PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT

25 jours en cas de naissance simple  
(32 jours en cas de naissances multiples)



### Quand devez-vous l'utiliser ?

Vous avez demandé à bénéficier du versement de l'indemnité de remplacement en tant que père, conjoint de la mère partenaire PACS ou concubin 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, paternité et accueil de l'enfant, adoption, 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 répertoire des métiers

de l'indemnité de remplacement pour la période

du (date de naissance de l'enfant) ..... au (7 jours à compter de la naissance de l'enfant) .....

- Puis du ..... au .....
- Du ..... au .....
- Et du ..... au .....<sup>1</sup>

au cours desquelles 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(e) (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 répertoire des métiers

de l'indemnité de remplacement pour la période

du (date de naissance de l'enfant) ..... au (7 jours à compter de la naissance de l'enfant) .....

- Puis du ..... au .....
- Du ..... au .....
- Et du ..... au .....<sup>2</sup>

au cours desquelles je suis remplacé par du personnel salarié dans les travaux professionnels ou ménagers que j'effectue habituellement.

Date, signature

1 - Renseigner 3 périodes d'au moins 5 jours chacune, ou 1 ou 2 périodes, dans la limite des 18 ou 25 jours restants.  
2 - Renseigner 3 périodes d'au moins 5 jours chacune, ou 1 ou 2 périodes, dans la limite des 18 ou 25 jours restants.

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 623-2 et suivants du code de la sécurité sociale 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.

## RECTIFICATION DU CONGÉ PATERNITÉ

### CONJOINT COLLABORATEUR

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

Je soussigné(e) (Nom/prénom de l'assuré(e) 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. 623-2 et suivants du code de la sécurité sociale 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 DE PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT EN CAS D'HOSPITALISATION DE L'ENFANT DU CHEF D'ENTREPRISE ET DU PRATICIEN OU AUXILIAIRE MÉDICAL CONVENTIONNÉ



### 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, à la suite des 7 premiers jours obligatoires de congé de paternité et d'accueil de l'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, à la sortie d'hospitalisation de l'enfant, bénéficier des périodes non obligatoires de congé de paternité et d'accueil de l'enfant (voir imprimé n° 12).**

L'étude du droit à l'indemnisation de votre congé maternité, paternité et accueil de l'enfant, adoption, 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 EN CAS D'HOSPITALISATION CHEF D'ENTREPRISE OU PRATICIEN OU AUXILIAIRE MÉDICAL CONVENTIONNÉ

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<sup>1</sup> ..... 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<sup>2</sup> ..... 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

1 - Cette date doit correspondre au lendemain de la fin des 7 premiers jours de votre congé de paternité et d'accueil de l'enfant.  
2 - Cette date doit correspondre au lendemain de la fin des 7 premiers jours de votre congé de paternité et d'accueil de l'enfant.

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 623-2 et suivants du code de la sécurité sociale 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 DE PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT EN CAS D'HOSPITALISATION DE L'ENFANT CONJOINT COLLABORATEUR



### 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, à la suite des 7 premiers jours obligatoires de congé de paternité et d'accueil de l'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, à la sortie d'hospitalisation de l'enfant, bénéficier des périodes non obligatoires de congé de paternité et d'accueil de l'enfant [voir imprimé n° 14].**

L'étude du droit à l'indemnisation de votre congé maternité, paternité et accueil de l'enfant, adoption 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<sup>1</sup> ..... 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<sup>2</sup> ..... 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

1 - Cette date doit correspondre au lendemain de la fin des 7 premiers jours de votre congé de paternité et d'accueil de l'enfant.  
2 - Cette date doit correspondre au lendemain de la fin des 7 premiers jours de votre congé de paternité et d'accueil de l'enfant.

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir des allocations ou indemnités prévues par les articles D. 623-2 et suivants du code de la sécurité sociale 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.



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

### HOSPITALISATION DE L'ENFANT

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

Je soussignée (Nom/prénom de l'assurée 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 ou PAMC pour le conjoint, partenaire PACS ou concubin (s'il n'est pas le père)

Je soussignée (Nom/prénom de l'assurée 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. 623-2 et suivants du code de la sécurité sociale 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

A large area containing horizontal dotted lines for taking notes, enclosed in a teal border.



Crédits photographiques : Gettyimages

BRO-TI-CC-Caisse nationale d'assurance maladie – juin 2021

Cnam Studio graphique – juin 2021 / MAJ février 2024

**ameli.fr**