



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun



VOS DEMARCHES  
DE PRESTATIONS  
MATERNITÉ EN  
TOUTE SIMPLICITÉ

Conjointes collaboratrices



# 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 conjointe collaboratrice d'un 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 de remplacement.**

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.

**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>**

# 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. 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 .....	P. 23
	<i>Naissance prématurée</i>	
Imprimé n° 6	Rectification du congé maternité .....	P. 25
	<i>Naissance prématurée</i>	
Imprimé n° 7	Report du congé prénatal.....	P. 27
	<i>Report prénatal / postnatal</i>	
Imprimé n° 8	Rectification du report du congé prénatal.....	P. 29
	<i>Report prénatal / postnatal</i>	
Imprimé n° 9	Allocation forfaitaire de repos maternel.....	P. 33
	<i>Adoption</i>	
Imprimé n° 10	Indemnité de remplacement.....	P. 35
	<i>Adoption</i>	
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 .....	P. 57
	<i>Hospitalisation de l'enfant</i>	
Imprimé n° 17	Congé paternité et d'accueil de l'enfant-Conjoint collaborateur.....	P. 59
	<i>Hospitalisation de l'enfant</i>	



## 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 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 votre conjoint-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



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’indemnité de remplacement.

**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 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.

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 de l'indemnité de remplacement 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 de l'indemnité de remplacement 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 de remplacement



## 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 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.

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

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



## 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



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.

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://www.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

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.

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).

## 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

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



## 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

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



## 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 [revient à 15 jours + 15 jours]	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

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



## 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**

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





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. 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

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



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.

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

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



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

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



**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 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 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 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

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





## 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.

Le parent qui sollicite la durée la plus courte ne peut pas prendre moins de 25 jours en cas d'adoption d'un seul enfant ou moins de 32 jours 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, 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 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

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**

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



**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 REMPLACEMENT

### ADOPTION

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 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.....

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 du chef d'entreprise

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.



## PARTAGE DU CONGÉ D'ADOPTION

### INDEMNITÉ DE REMPLACEMENT

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 .....

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 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 (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 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 du chef d'entreprise

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

### INDEMNITÉ DE REMPLACEMENT

#### 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

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

### INDEMNITÉ DE REMPLACEMENT

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

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





# 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 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, ils percevra 10 % des montants correspondant à ces prestations.

La grille des montants est consultable sur [ameli.fr](https://www.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.



# DEMANDE DE CONGÉ DE PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT CHEF D'ENTREPRISE

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.

## CONGÉ PATERNITÉ CHEF D'ENTREPRISE

### ATTESTATION SUR L'HONNEUR du père

Je soussigné (Nom/prénom du chef d'entreprise) .....  
 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) .....  
 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 DE RECTIFICATION DU CONGÉ DE PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT CHEF D'ENTREPRISE

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

#### ATTESTATION SUR L'HONNEUR rectificative du père

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

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) .....

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 bénéficiaire, 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 bénéficiaire, 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 sousscrite 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 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 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





# 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.

## 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 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 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





# CONGÉ DE PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT EN CAS D'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, 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).**

## 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<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 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 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







**Crédits photographiques : Gettyimages**

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

ChamStudio graphique - juin 2021