



A renvoyer à l'office régional
(Service indemnités indépendants)

Demande d'octroi de l'allocation forfaitaire dans le cadre de l'assurance maternité des travailleurs indépendants

I. Identification (à remplir par le titulaire)

Nom (nom de jeune fille):

Prénom:

Adresse:

Code postal:

Commune:

Numéro d'inscription à la CAAMI: [0] - [6] [] [] - [] [] [] [] [] [] - [] []

Numéro national: [] [] [] [] [] [] - [] [] [] - [] []

(indiqué en haut à droite de votre carte SIS)

II. Demande (à remplir par le titulaire)

Par la présente, je sollicite le paiement de l'allocation forfaitaire de maternité, en ma qualité de travailleuse indépendante, pour la période de repos de maternité qui débutera le ... / ... / (3 semaines au plus tôt et 1 semaine au plus tard avant la date présumée de l'accouchement). Je joins à cet effet un certificat médical de mon médecin traitant indiquant la date présumée de l'accouchement et indiquant s'il s'agit de la naissance d'un seul enfant ou d'une naissance multiple.

Veillez cocher la case correspondant à votre situation et compléter le nombre de semaines de repos de maternité choisi. Nous attirons votre attention sur le fait que la date présumée de l'accouchement doit se situer dans le courant de la période de repos de maternité.

La naissance d'un seul enfant étant prévue, je souhaite que ma période de repos de maternité s'étende sur semaines (indiquez le nombre de semaines correspondant à votre choix, à savoir 6, 7 ou 8 semaines).

Une naissance multiple étant prévue, je souhaite que ma période de repos de maternité s'étende sur semaines (indiquez le nombre de semaines correspondant à votre choix, à savoir 7, 8 ou 9 semaines).

Je m'engage de la sorte à suspendre l'exercice de mes activités professionnelles habituelles et à n'exercer aucune autre activité professionnelle, pour la période de repos de maternité choisie, à partir de la date de début du repos de maternité que j'ai complétée ci-dessus. L'allocation de maternité ne pourra m'être accordée que moyennant le respect de cet engagement.

Je m'engage en outre à produire le plus rapidement possible un extrait de l'acte de naissance (ou un certificat médical confirmant l'accouchement) et à signaler à mon organisme assureur, dans les deux jours, la reprise d'une activité professionnelle.

Certifié sincère.

Signature:

Le ... / ... /

L'indemnité de maternité peut être virée sur le compte financier n°:

□□□□ - □□□□□□□□ - □□□□

au nom de

III. Certificat médical (à remplir par le médecin traitant)

Je soussigné, Docteur en médecine, déclare avoir examiné le ... / ... /

Madame

La date présumée de l'accouchement est fixée le ... / ... /

La naissance prévue est (cocher la case correspondante):

celle d'un seul enfant

une naissance multiple

Fait le ... / ... / à

Cachet du médecin:

Signature:

Ces données sont nécessaires à votre organisme assureur (la CAAMI) pour l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (loi coordonnée le 14 juillet 1994).

En application de la loi du 8.12.1992 (protection de la vie privée), vous pouvez en prendre connaissance et, le cas échéant, en obtenir la rectification. Si vous souhaitez faire usage de cette faculté, veuillez vous adresser par écrit à votre organisme assureur.

Pour plus d'information concernant le traitement de ces données, vous pouvez vous adresser à la Commission de la vie privée (loi du 8.12.1992).