CGSS Réunion

DEMANDE D'INDEMNITE JOURNALIERE FORFAITAIRE MATERNITE PAMC

Je soussigné(e) _____

N° de Sécurité Sociale | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse _____

_____ Code Postal | | | | | | _____

Téléphone | | | | | | | | | | | eMail _____

après avoir pris connaissance de l'article L 114-13 du Code de la Sécurité Sociale, déclare:

Date de début de l'arrêt de travail prescrit | | | | | | | | | Date du dernier jour de travail | | | | | | | | |

1 – Maladie – Repos pathologique

|__| m'engager à cesser toute activité professionnelle pour la durée de mon arrêt maladie

du | | | | | | | | | au | | | | | | | | |

|__| m'engager à cesser toute activité professionnelle pour la durée de mon repos pathologique

du | | | | | | | | | au | | | | | | | | |

2 – Maternité

A remplir par l'assurée	|__| m'engager à cesser toute activité professionnelle depuis le | | | | | | | | | jusqu'au | | | | | | | | | (minimum huit semaines) |__| Je ne suis pas remplacée |__| Je suis remplacée par : _____ (nom et prénom) |__| exerçant à titre liberal |__| exerçant en qualité de remplaçant
A remplir par le médecin	**CERTIFICAT MEDICAL** Je soussigné Dr _____ certifie que Mme _____ doit cesser son activité du | | | | | | | | | au | | | | | | | | | dans le cadre de son congé maternité Date Cachet Signature

3 – Paternité - Adoption

|__| m'engager à cesser toute activité professionnelle pour la durée de mon congé

|__| paternité du | | | | | | | | | au | | | | | | | | |

|__| d'adoption du | | | | | | | | | au | | | | | | | | |

Je m'engage à signaler à la caisse tout changement de situation intervenant depuis le moment ou cette déclaration a été établie

A _____ le _____ Signature

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rendrait coupable de fraude ou de fausses déclaration (Articles L 114-13 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 et suivants du Code Pénal)