

MOD. F1 : DECLARATION DE GROSSESSE

I. INFORMATIONS SUR L'ASSURE(E)

- 1) Nom:.....
- 2) Post-nom:
- 3) Prénom :
- 4) Etat-civil :
- 5) N° de la carte de sécurité sociale:
- 6) Adresse physique :
- 7) E-mail:
- 8) Numéro de téléphone :
- 9) Raison sociale de l'employeur:
- 10) N° d'affiliation de l'Employeur:
- 11) Adresse physique de l'employeur:

II. INFORMATIONS SUR LA BENEFICIAIRE :

- 1) Nom:
- 2) Post-nom:
- 3) Prénom:
- 4) Etat-civil :
- 5) Adresse physique :
- 6) E-mail :.....
- 7) Numéro de téléphone :
- 8) Date de naissance:
- 9) Lieu de naissance:
- 10) Nature de la prestation sollicitée :

**NB : Joindre le certificat médical de grossesse délivré par le médecin ;
Introduire cette déclaration dans les trois premiers mois de grossesse.**

Fait à, le/...../20.....

Signature de l'assurée ou l'époux¹ de la bénéficiaire

¹ Assuré.