

MOD. F6 : DEMANDE D'ALLOCATION DE MATERNITE

I. ASSURE (E)

- 1) Nom :
- 2) Post-nom :
- 3) Prénom :
- 4) Sexe :
- 5) Etat civil :
- 6) Date d'embauche :
- 7) N° de la carte de sécurité sociale :
- 8) Nationalité :
- 9) N° de la carte d'identité ou de tenant lieu :
- 10) Date de naissance :
- 11) Lieu de naissance :
- 12) Adresse physique :
- 13) N° de téléphone :
- 14) Nom du Père :
- 15) Nom de la Mère :

II. EMPLOYEUR

- 1) Raison sociale :
- 2) Adresse physique :
- 3) N° d’Affiliation :

III. BENEFICIAIRE (CONJOINTE OU ASSUREE)

- 1) Nom :
- 2) Post-nom :
- 3) Prénom :
- 4) Lieu et date de naissance :
- 5) Adresse physique :
- 6) N° de téléphone :
- 7) Date de l'accouchement :
- 8) N° Compte bancaire :

IV. DECLARATION

- 1) Je déclare que l'accouchement s'est déroulé sous contrôle médical et avoir bénéficié des allocations prénatales.

V. PIECES A FOURNIR

- Certificat médical attestant que l'accouchement s'est déroulé sous contrôle médical (Feuillet F5) ;
- Carnet de grossesse et de maternité dûment rempli.

Fait à, le20.....

Signature de l'assurée ou la conjointe de l'assuré