



02.2017

EMPLOYEUR

N° d'affilié : _____

Nom de l'établissement : _____

PERSONNE ASSURÉE

N° AVS : _____

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

Nationalité : _____

Etat civil : _____

Nombre d'enfants : _____

Adresse : _____

Tél. privé : _____

Permis de travail : B C F G L N

Existe-t-il une curatelle ? Oui Non

ENFANT(S) DONNANT DROIT À UNE ALLOCATION DE MATERNITÉ

Nom	Prénom	Date de naissance (jour, mois, année)
-----	--------	---------------------------------------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

INDICATIONS SUR LA DURÉE D'ASSURANCE DE LA MÈRE

Avez-vous été domiciliée hors de Suisse durant les 9 mois qui ont précédé l'accouchement ?

Oui Non

Si oui, du _____ au _____ Etat _____
(Jour, mois, année) (Jour, mois, année)

Avez-vous exercé une activité lucrative, au moment de l'accouchement ou dans les 9 mois qui ont précédé l'accouchement, hors de Suisse ?

Oui Non

Si oui, du _____ au _____ Etat _____
(Jour, mois, année) (Jour, mois, année)

Nom et adresse de l'employeur : _____

INDICATIONS SUR L'ACTIVITÉ LUCRATIVE

Avez-vous, avant l'accouchement, poursuivi l'exercice d'une activité lucrative ?

Oui Non

Si oui, activité :

Salariée

Du _____ au _____
(Jour, mois, année) (Jour, mois, année)

Nom et adresse de l'employeur : _____

Indépendante

Comme activité : principale
 accessoire

Caisse de compensation AVS : _____

Avez-vous d'autres employeurs ?

Oui Non Nombre : _____

Nom et adresse : _____

Avez-vous, au moment de l'accouchement ou dans les 9 mois qui ont précédé l'accouchement, été empêchée de travailler, totalement ou partiellement, pour cause de maladie ou d'accident ?

Oui Non

Si oui, pour cause de : Maladie*
 Accident*

*Veuillez compléter les périodes de maladie/accident dans le tableau de déclaration du salaire

Nom et adresse de l'assurance : _____

Avez-vous été au chômage au moment de l'accouchement ou dans les 9 mois qui ont précédé l'accouchement ?

Oui Non

Si oui, du _____ au _____
(Jour, mois, année) (Jour, mois, année)

Nom et adresse de l'assurance chômage : _____

DÉCLARATION DU SALAIRE (À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR)

Donnez les indications inhérentes au dernier salaire perçu par la personne salariée avant l'accouchement.

	Par mois	Par année
Salaire brut soumis AVS (13 ^{ème} non compris)		
13 ^{ème} salaire		
Indemnités pour vacances / jours fériés		
Autres rémunérations (gratifications, primes, bonus)		
Autres allocations		
TOTAL		

Salaire soumis au prélèvement des cotisations AVS durant les 9 mois qui ont précédé l'accouchement (sans indemnités journalières maladie ou accident)			Absences pour cause de maladie ou d'accident (indiquer M pour maladie et A pour accident)	
Mois	Année.....	Année.....	Du	Au
Janvier				
Février				
Mars				
Avril				
Mai				
Juin				
Juillet				
Août				
Septembre				
Octobre				
Novembre				
Décembre				

La salariée est-elle imposée à la source ? Oui Taux
 Non

Remarque :

HOTELA se réserve le droit de réclamer des copies de fiches de salaires et de vérifier le salaire déclaré suite au décompte final. Les éventuelles différences constatées pourront être mises à la charge de l'employeur ou de l'employée.

VERSEMENT DE LA PRESTATION

La prestation doit être versée à : l'employeur (personne assurée sous contrat de travail)
 l'employée (personne assurée sans employeur ou au chômage)

ADRESSE BANCAIRE OU POSTALE POUR LE PAIEMENT DE L'ALLOCATION

Banque* / CCP : _____
*N° IBAN : _____
Titulaire du compte : _____
Lieu : _____

REMARQUES PARTICULIÈRES

ATTESTATION

L'allocation de maternité ne peut être accordée que tant et aussi longtemps que l'assurée a effectivement cessé toute activité lucrative durant le congé de maternité. Toute reprise d'une activité lucrative avant l'expiration du congé de maternité entraîne l'extinction pure et simple du droit à l'allocation.

L'assurée (et en cas de continuation du rapport de travail après l'accouchement, l'employeur) s'engagent, si une activité lucrative devait être reprise avant l'expiration du congé, à en informer immédiatement HOTELA. Des allocations de maternité indûment versées doivent être restituées. Des violations intentionnelles de l'obligation de renseigner peuvent engendrer des sanctions.

L'employeur et l'assurée confirment avoir pris bonne note des dispositions susmentionnées et certifient avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité.

Lieu et date

Signature de l'assurée

Lieu et date

Timbre et signature de l'employeur

DOCUMENTS À JOINDRE À LA DEMANDE

Dans tous les cas	Une copie de l'acte de naissance officiel ou du livret de famille
Pour une naissance prématurée ou une mise au monde d'un enfant mort-né	Le certificat médical attestant la durée de grossesse
L'employée a un salaire variable	La copie du journal salarial des 12 derniers mois avant l'accouchement
L'employée n'est plus sous contrat et n'est pas de nationalité suisse	La copie du permis de séjour
L'employée est au chômage avant l'accouchement	Les copies de tous les décomptes de chômage
L'employée est sous curatelle	Une copie de l'acte officiel
L'employée a exercé une activité lucrative dans un Etat de l'UE/AELE dans les 9 mois qui ont précédé l'accouchement	Le formulaire E104 dûment complété par la sécurité sociale du pays en question
L'employée a plusieurs employeurs	La feuille complémentaire à la demande d'allocation dûment complétée par chaque employeur
L'employée n'était ni au chômage, ni salariée, ni en incapacité de travail au moment de l'accouchement	Le formulaire attestation d'employeur dûment complété par tous les employeurs des 2 dernières années avant l'accouchement
L'employée a exercé une activité en tant qu'indépendante avant l'accouchement	Une copie de la décision de la caisse AVS où elle est affiliée en tant qu'indépendante