

## Attestation d'employeur – Assurance-maternité

A faire remplir par l'employeur auprès de qui vous avez exercé une activité lucrative dans le courant des deux dernières années qui précèdent l'accouchement (1 formulaire par employeur).

### Employeur

---

N° d'affilié : .....

Nom de l'établissement : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

### Personne assurée

---

N° AVS : .....

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....

Etat civil : .....

Adresse : .....

Tél. privé : .....

### Rapport de travail

---

Les conditions prévalant immédiatement avant la fin du rapport de travail sont déterminantes pour la réponse aux questions suivantes.

#### Genre du travail

A temps complet     A temps partiel     Travail à domicile     Limité     Non limité

Saisonnier     Apprentissage     Auxiliaire     Temporaire     Sur appel

Durée du rapport de travail :    du .....    au .....

**Durée des emplois au cours des deux dernières années**

En cas d'interruption d'emploi d'un mois au moins, utiliser une nouvelle ligne.

Du	Au	Revenu total soumis à l'AVS
		CHF
		CHF
		CHF
		CHF
		CHF
		CHF
		CHF
		CHF
		CHF
		CHF
		CHF

Prrière de joindre les décomptes de salaires ou autres relevés salariaux des 12 derniers mois d'activité.

**Revenu**

**Dernier salaire mensuel brut:** CHF .....

L'assurée a pour la dernière fois obtenu:

Un 13<sup>e</sup> mois de salaire de CHF ..... le .....

Une gratification de CHF ..... le .....

**Dernier salaire à l'heure**

Salaire de base / heure	Indemnités de vacances	Indemnités pour jours fériés	13 <sup>e</sup> salaire Gratification	Salaire à l'heure Total
CHF	%	%	%	CHF

**Absences**

<b>Absences au cours des 12 derniers mois</b>	<b>Du ..... Au .....</b>	<b>Du ..... Au .....</b>	<b>Du ..... Au .....</b>
Maladie			
Accident			
Service militaire ou de protection civile			
Vacances non payées			
Autres absences			

Lieu et date

Timbre et signature l'employeur

.....

.....

Copies en annexes:  Décompte(s) de salaire(s) des 12 derniers mois