



07.2009

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 tutelle ? Oui Non

Existe-t-il une curatelle ? Oui Non

Si oui, nom et adresse du tuteur ou du curateur : _____

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 : _____

Si vous avez poursuivi l'exercice d'une activité lucrative dans un Etat de l'UE ou de l'AELE dans les 9 mois qui ont précédé l'accouchement, une attestation des périodes d'assurance et d'emploi (formulaire E104) doit être jointe à ce questionnaire.

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

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 : _____

Si vous avez été au chômage lors de l'accouchement sans avoir bénéficié d'indemnités de l'assurance-chômage, il importe de solliciter auprès des employeurs des attestations de vos périodes d'engagement au cours des deux dernières années (formulaire 318.752). Les attestations d'employeur seront jointes à ce questionnaire.

DÉCLARATION DU SALAIRE (À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR)

Si la personne assurée est engagée simultanément auprès de divers employeurs, la partie suivante doit être remplie par l'employeur de son choix. Une feuille complémentaire à ce questionnaire (formulaire 318.751) devra être complétée par les autres employeurs.

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

	Par mois	Par année
Salaire brut soumis AVS
Autres rémunérations (gratifications, 13 ^{ème} salaire)
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'accidents (indiquer M pour maladie et A pour accidents)	
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.

Pour les établissements assurés pour l'AVS auprès d'une autre caisse de compensation qu'HOTELA, une copie de la décision d'allocation maternité peut également être exigée.

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 : _____
Titulaire du compte : _____
Lieu : _____
*N° IBAN : _____
*Clearing bancaire : _____

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

- Copie de l'acte de naissance ou copie du livret de famille
- Certificat médical attestant la durée de grossesse (pour naissance prématurée ou mise au monde d'un enfant mort-né)