

Demande d'indemnités journalières forfaitaires d'interruption d'activité

(à remplir par l'assuré)

CHEF D'ENTREPRISE

DECLARATION SUR L'HONNEUR **ATTESTANT L'INTERRUPTION D'ACTIVITE**

Quand devez-vous l'utiliser ?

**LORS DE LA NAISSANCE OU
DE L'ARRIVEE DE L'ENFANT
AU FOYER**

Que devez-vous en faire ?

Présentez ou envoyez cette feuille

A VOTRE ORGANISME CONVENTIONNE RAM AVEC

- Une copie de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant ou de votre livret de famille à jour (*en cas de naissance*)
- Une copie du document remis par l'aide sociale à l'enfance ou l'œuvre autorisée (*en cas d'adoption*)
- Une attestation de l'URSSAF précisant que vous êtes à jour de vos cotisations (auto-entrepreneur déclaré comme profession libérale)

Je soussigné (*)

Nom :

Prénom :

N° INSEE :

Déclare sur l'honneur interrompre toute l'activité professionnelle du au
..... à l'occasion de :

- La naissance ⁽¹⁾
- L'arrivée à mon foyer ⁽¹⁾

de l'enfant :

Nom :

Prénom :

Au cas où, au cours de cette période, je déciderais de reprendre mon activité, je m'engage à en aviser
immédiatement mon organisme conventionné RAM.

..... Fait à, le

Signature

(1) **Rayer la mention inutile.**

(*) Toute fausse déclaration est passible d'une amende prévue à l'article L. 377-1 du code de la sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-1 du nouveau code pénal.

Conjoint collaborateur Demande d'indemnité de remplacement

(à remplir par l'assurée)

Quand devez-vous l'utiliser ?

**A LA FIN DE LA PERIODE
DE REMPLACEMENT**

Que devez-vous en faire ?

Présentez ou envoyez ce document

A VOTRE ORGANISME CONVENTIONNE RAM

JOIGNEZ :

- L'attestation sur l'honneur (documents 2 ou 3 ci-après selon votre activité)
- Le(s) justificatif(s) de vos dépenses :
 - ⇒ double(s) du ou des bulletins de salaires
 - ⇒ double(s) de l'état ou des états de frais délivrés par l'(ou les) entreprise(s) de travail temporaire
- Une copie de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant ou de votre livret de famille à jour (*en cas de naissance*)
- Une copie du document remis par l'aide sociale à l'enfance ou l'œuvre autorisée (*en cas d'adoption*)

INTERRUPTION D'ACTIVITE		REPLACEMENT			
Date de l'interruption	Nombre de jours	Nom et adresse de la (ou des) personne(s) ayant assuré le remplacement	Date du remplacement	Nombre de jours de travail	Montant(s) réel(s) du salaire et des charges sociales
Du :			Du :		
Au :			Au :		

Je soussignée,, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

.....

A, le

Signature de l'assurée

(*) Toute fausse déclaration est passible d'une amende prévue à l'article L. 377-1 du code de la sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-1 du nouveau code pénal.

Attestation sur l'honneur

VISANT LE CONJOINT COLLABORATEUR D'UNE ASSURÉE EXERÇANT
UNE PROFESSION LIBÉRALE OU D'UNE ASSURÉE ASSOCIÉE UNIQUE
D'EURL

(à remplir par l'assurée)

Quand devez-vous l'utiliser ?

**LORS DE LA DEMANDE
D'INDEMNITÉ DE REMPLACEMENT**

Que devez-vous en faire ?

Joignez cette attestation au feuillet N° 1
(demande d'indemnité de remplacement)
et présentez ou envoyez les deux documents

A VOTRE ORGANISME CONVENTIONNE RAM

Je soussignée (*)

Nom :

Prénom :

Profession :

N° INSEE :

Atteste que mon époux, Monsieur

- a) m'apporte effectivement et habituellement, sans être rémunéré pour cela, son concours pour l'exercice de ma propre activité professionnelle
- b) ne bénéficie pas, à titre personnel, d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité

Fait à, le

Signature

(*) Toute fausse déclaration est passible d'une amende prévue à l'article L. 377-1 du code de la sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-1 du nouveau code pénal.

Attestation sur l'honneur

VISANT LE CONJOINT COLLABORATEUR D'UNE ASSURÉE EXERÇANT
UNE PROFESSION ARTISANALE, INDUSTRIELLE OU COMMERCIALE

(à remplir par le conjoint collaborateur)

Quand devez-vous l'utiliser ?

**LORS DE LA DEMANDE
D'INDEMNITÉ DE REMPLACEMENT**

Que devez-vous en faire ?

Joignez cette attestation au feuillet N° 1
(demande d'indemnité de remplacement)
et présentez ou envoyez les deux documents

A VOTRE ORGANISME CONVENTIONNE

Je soussigné (*)

Nom :

Prénom :

N° INSEE :

Atteste :

a) que je suis mentionné en tant que conjoint collaborateur :

- au Registre du Commerce et des Sociétés ⁽¹⁾
- au Répertoire des Métiers ⁽¹⁾

b) que je ne bénéficie pas, à titre personnel, d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité.

(1) ***Rayer la mention inutile.***

Fait à, le

Signature

(*) ***Toute fausse déclaration est passible d'une amende prévue à l'article L. 377-1 du code de la sécurité sociale et d'une condamnation au titre de l'article 441-1 du nouveau code pénal.***