



Mon numéro : 1871026198019 50

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

Florent Houx

Pour mes démarches, j'utilise mon compte Ameli :

<https://assure.ameli.fr>

3646 Service 0,06 € / min
+ prix appel

M FLORENT HOUX
5 AV FREDERIC MISTRAL
13600 LA CIOTAT

mon
parcours
d'assuré

Le 10/04/2020



Le saviez-vous ?

Votre médecin peut télé-transmettre votre arrêt de travail. Parlez-lui en !

> L'INDEMNISATION DE MON ARRÊT DE TRAVAIL

Cher Monsieur HOUX,

Votre congé paternité débute le .

Pour nous permettre d'étudier rapidement votre dossier, **vous devez nous retourner ce courrier accompagné de vos justificatifs :**

→ L'imprimé joint dûment complété.

Pensez à le faire rapidement, votre dossier sera traité plus vite.

Avec toute mon attention,

Corinne CHATAIL
votre correspondant de l'Assurance Maladie



Pour faciliter le traitement de mon dossier

Je renvoie les pièces demandées en précisant mon numéro de sécurité sociale sur le recto de chaque document.



- Attestation de salaire (CERFA S3201)
- Attestation de demandeur d'emploi

CONGÉ PATERNITÉ

CHEF D'ENTREPRISE

ATTESTATION SUR L'HONNEUR du père

Je soussigné (Nom/prénom du chef d'entreprise)

déclare sur l'honneur interrompre toute activité professionnelle

du.....au.....

en respectant les périodes réglementaires précitées, et demande à bénéficier de l'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité.

Au cas où, au cours de cette période, je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

ATTESTATION SUR L'HONNEUR du conjoint, partenaire PACS ou concubin (si vous n'êtes pas le père)

Je soussigné (Nom/prénom du chef d'entreprise)

déclare sur l'honneur interrompre toute activité professionnelle

du.....au.....

en respectant les périodes réglementaires précitées, et demande à bénéficier de l'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité.

Au cas où, au cours de cette période, je déciderais de reprendre mon activité professionnelle, je m'engage à en aviser immédiatement ma caisse d'assurance maladie.

Date, signature

