



DEMANDE DE VERSEMENT DE PRESTATIONS CHANCE PARENTALITE

**Barreau de Aveyron, Chartres, Clermont-Ferrand, Douai
Lyon, Melun, Nantes, Saint Etienne, Toulouse, Versailles
(Référence contrat : 801182)**

Document à remplir et à retourner à :
La Prévoyance des Avocats – Génération
29080 Quimper Cedex 9

Date d'inscription au Barreau :/...../.....

Identification de l'avocat(e) :

Nom : **Prénom :**

Date de Naissance :/...../..... **Date de prestation :**/...../.....

[illegible]

Date d'entrée dans le cabinet (pour les collaborateurs (rices) et associé(e)s) :/...../.....

Date de cessation d'activité (date début congé maternité/paternité/adoption) :/...../.....

Le cas échéant, date présumée d'accouchement :/...../.....

Accouchement par césarienne oui ☐ non ☐

Adoption ☐ oui ☐ non ☐

Adresse (où vous pouvez être contacté dans le cadre du traitement de votre dossier d'indemnisation) :

.....

.....

.....

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Mail :@.....

Statut de l'avocat(e)

Collaborateur(trice) ☐ Date de début de collaboration libérale :/...../.....

Associé(e) ☐ Date de début d'association :/...../.....

Indépendant(e) ☐ Date de début d'exercice indépendant :/...../.....

Activité à temps partiel : oui ☐ non ☐ si oui exercice à _____ % du temps

Pour les avocat(e)s collaborateurs(rices) ou associé(e)s d'un cabinet

Raison sociale du cabinet :

Adresse :

.....

Code postal : **Ville :**

Personne au sein du cabinet en charge de la protection sociale des avocats :

Nom : **Prénom :**

Téléphone :

Mail :@

DEMANDE DE VERSEMENT DE PRESTATIONS CHANCE PARENTALITE

Document à remplir et à retourner à :
La Prévoyance des Avocats – Avocats – Génération
29080 Quimper Cedex 9

Pièces justificatives nécessaires à l’instruction du dossier

Selon les cas :

- Relevé d'identité bancaire
- Copie de la pièce nationale d'identité ou du passeport
- L'avis d'arrêt de travail initial
- En cas de prolongation : le ou les avis de prolongation d'arrêt de travail
- Si l'avis d'arrêt de travail ou de prolongation ne précise pas que l'arrêt est lié à la grossesse : un certificat médical en attestant
- Fiche de demande de versement de prestation en cas de congé maternité et/ou pathologique, paternité ou d'adoption dûment complétée par l'avocat(e)
- Les justificatifs de paiement des indemnités forfaitaires d'interruption d'activité versées par la Sécurité Sociale
- Les pièces justifiant de l'adoption (jugement)

La présentation de ce formulaire incombe à l'avocat ou au cabinet qui est tenu de l'adresser à La Prévoyance des Avocats – Génération – 29080 QUIMPER Cedex 9, en **respectant le délai imparti**.

Vous disposez d'un **délai de 45 jours à compter du début du congé Maternité et/ou Pathologique, du Congé Paternité ou du Congé adoption**.

Au-delà de ce délai, vous encourez un refus d'indemnisation motivé par une déclaration « hors délai » (les pièces justificatives peuvent suivre par pli séparé)

Je prends connaissance du fait qu'à compter de la réception de la présente fiche et de l'ensemble des pièces justificatives requises, une avance, calculée à partir de la période présumée du congé et des prestations devant être perçues au titre des régimes de la Sécurité Sociale, de la CNBF et de LPA, sera versée au cabinet.

Le solde des prestations sera adressé uniquement à compter de la réception de l'attestation sur l'honneur certifiant la date de fin du congé au terme de celui-ci

Fait àle...../...../.....

Signature :