

**DEMANDE DE VERSEMENT DE PRESTATIONS  
CHANCE MATERNITE  
Convention 5159**

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

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

**Identification de l'avocate :**

Nom: ..... Prénom : .....

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

N° CNBF : ..... N° Sécurité Sociale ...../...../.....

Date d'entrée dans le cabinet (pour les collaboratrices et associées) : ...../...../.....

Date de cessation d'activité : ...../...../.....

Date présumée d'accouchement : ...../...../.....

Accouchement par césarienne      oui       non   
Adoption      oui       non

**Adresse :**

.....  
.....  
.....

**Code postal :** .....

**Ville :** .....

**Téléphone :** .....

**Mail :** .....@

**Statut de l'avocate**

Collaboratrice       **Date de début de collaboration libérale:** ...../...../.....

Associée       **Date de début d'association:** ...../...../.....

Indépendante       **Date de début d'exercice indépendant:** ...../...../.....

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

**Pour les avocates collaboratrices ou associées d'un cabinet**

Raison sociale du cabinet : .....

**Adresse :**

.....  
.....  
.....

**Code postal :** ..... **Ville :** .....

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

**Nom:** ..... **Prénom :** .....

**Téléphone :** .....

**Mail :** .....@

## DEMANDE DE VERSEMENT DE PRESTATIONS CHANCE MATERNITE Convention 5159

**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

- Justificatif de rémunération <sup>(1)</sup>
- Relevé d’identité bancaire
- 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 le certifiant
- Fiche de demande de versement de prestation en cas de congé maternité, pathologique ou d’adoption dûment complétée par l’avocate
- Les justificatifs de paiement des indemnités forfaitaires d’interruption d’activité versées par la Sécurité Sociale
- La copie intégrale de l’acte de naissance
- Les pièces justifiant de l’adoption (jugement)

<sup>(1)</sup> Pour les avocates en contrat de collaboration :

- attestation comptable justifiant le montant de rétrocession d’honoraires TTC versé par le Cabinet au cours des 12 mois civils précédant le congé maternité ou le congé pathologique ou le congé d’adoption
- Si la collaboratrice ne justifie pas de 12 mois d’ancienneté, la rémunération est reconstituée sur 12 mois au prorata temporis du montant qu’elle aura perçu au titre de son contrat de collaboration.

La présentation de ce formulaire incombe 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**

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 maternité de l’avocate, que le cabinet devra adresser à LPA au terme de celui-ci

Fait à ..... le...../...../.....

Signature :