

**DEMANDE DE VERSEMENT DE PRESTATIONS
CHANCE PARENTALITE
Convention 801048**

**Document à remplir et à retourner à :
La Prévoyance des Avocats – TSA 64254 – 77283 AVON cedex**

Barreau de :

Congé maternité

Congé paternité

Identification de l'avocat(e) :

Nom : Prénom :

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

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

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

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

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Mail :@

Adoption oui non

Si congé maternité :

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

Accouchement par césarienne oui non

Statut de l'avocat(e)

Collaborateur(rice) 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 collaborateur(rice)s 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 avocat(e)s :

Nom : Prénom :

Téléphone :

Mail :@

DEMANDE DE VERSEMENT DE PRESTATIONS CHANCE PARENTALITE Convention 801048

Document à remplir et à retourner à :
La Prévoyance des Avocats – TSA 64254 – 77283 AVON cedex

Pièces justificatives nécessaires à l’instruction du dossier

- Contrat de collaboration (uniquement pour les avocat(e)s en contrat de collaboration
- Relevé d’identité bancaire
- Le numéro d’affiliation CNBF
- Etiquette est copie des feuillets du carnet maternité délivré par la SSI (ex RSI)
- L’avis d’arrêt de travail initial (et ses prolongations le cas échéant en cas de congé pathologique)
- 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, paternité ou d’adoption dûment complétée par l’avocat(e)
- Les justificatifs de paiement des indemnités forfaitaires d’interruption d’activité versées par le SSI pour les congés maternités, paternités et adoption
- La copie intégrale de l’acte de naissance
- Les pièces justifiant de l’adoption (jugement)

La présentation de ce formulaire incombe au cabinet qui est tenu de l’adresser à La Prévoyance des Avocats TSA 64254 – 77283 AVON cedex, en **respectant le délai imparti**

Vous disposez d’un **délai de 45 jours à compter du début du congé maternité ou congé pathologique ou congé paternité.**

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 SSI, 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 àle...../...../.....

Signature :