



## ANNONCE DE PRATIQUE DU REGIME GENEVOIS DE L'ASSURANCE MATERNITE

<b>Nom de la caisse:</b>		
<b>Date du début de la pratique:</b>		
<b>Adresse postale:</b>		
<b>Contact pour l'envoi de correspondance (annonce taux, etc.):</b>	Nom, Prénom:	Fonction:
	Téléphone:	Email:
<b>Contact pour les questions liées à la comptabilité</b>	Nom, Prénom:	Fonction:
	Téléphone:	Email:
<b>Mode de décompte pour la compensation</b>	<input type="checkbox"/> En fonction des éléments du compte d'exploitation du régime	<input type="checkbox"/> En fonction des recettes et dépenses du régime
<b>Périodicité de l'envoi des décomptes pour la compensation:</b>	<input type="checkbox"/> Mensuel	<input type="checkbox"/> Trimestriel
	<input type="checkbox"/> Semestriel	<input type="checkbox"/> Annuel



<b>Banque et numéro de compte IBAN:</b>	
<b>Contact et adresse de l'organe de révision:</b>	

Ce formulaire est à retourner au: Fonds cantonal de compensation de l'assurance maternité, Route des Acacias 78-82, Case postale 1253, 1211 Genève 26 **au plus tard trois mois avant le début de l'activité.**

Nous vous prions d'annexer à cet envoi une copie de l'attestation de l'Office fédéral des assurances sociales autorisant la caisse à pratiquer l'assurance maternité en tant qu'autre tâche.

**Lieu:**

**Date:**

**Nom, prénom:**

**Signature:**