



**DEMANDE D'ALLOCATION DE REMPLACEMENT  
MALADIE – DECES**

Un arrêt de travail consécutif à un accident du travail ou une maladie professionnelle, un congé paternité, un congé maternité, ne permet pas de bénéficier de l'allocation remplacement maladie – décès.

*Document à retourner dûment complété au Service de Remplacement*

**BENEFICIAIRE**

N° d'identification : .....

NOM : .....

PRÉNOM : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... - Commune : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITÉ EXERCÉE**

Description des travaux effectués dans l'exploitation ou l'entreprise agricole, et temps consacré à ces travaux :

- ..... - ..... heures par jour  
- ..... - ..... jours par semaine  
- ..... - ..... jours par mois

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'INTERRUPTION D'ACTIVITÉ**

Motifs de la demande (entourer le motif)

- Maladie
- Accident de la vie privée (\*)
- Décès

Date :

- Nombre de jours d'arrêts : .....

\* \* \* \* \*

Je, soussigné(e), M .....  
Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

Je m'engage à cesser toute activité et à me faire remplacer sur l'exploitation ou l'entreprise pendant la durée du congé de maladie.

J'autorise la Mutualité Sociale Agricole Ain-Rhône à verser le montant de l'allocation de remplacement directement au service de remplacement.

A .....  
Le .....

Signature :