



**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 à la M.S.A. Ain-Rhône

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 (cocher la case correspondante) : Maladie - Accident vie privée - Décès

Nom – Prénom du remplaçant :

N° identification :

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.

A

Signature :

Le