



santé
famille
retraite
services

Service d'Action Sociale
Geneviève MARTINOL
☎ 04.78.92.63.96

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

Document à retourner dûment complété à la M.S.A. du Rhône

A REMPLIR PAR L'ASSURÉ

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
- 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.

A

Le

Signature :