CACHET DE L'ORGANISME
ASSUREUR AMEXA

cerfa
11607*02

VOLET DESTINÉ
A L'ORGANISME
ASSUREUR AMEXA

DEMANDE D'ALLOCATION DE REMPLACEMENT MATERNITÉ
- Repos supplémentaire -

Remplir les cadres 1 - 2 - 3

Présenter ou adresser cette demande à votre organisme assureur AMEXA qui transmettra immédiatement le second volet au service de remplacement conventionné.

Si ce service de remplacement ne vous indique pas dans les 15 jours suivant le dépôt de la présente demande s'il pourvoit ou non à votre remplacement, contacter rapidement votre organisme assureur AMEXA.

(1) A REMPLIR PAR L'ASSURÉE

N° d'identification : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NOM : _____

PRÉNOM : _____

Adresse : _____

Département : _____ Localité : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Tél. où l'assuré peut être joint : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(2) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITÉ EXERCÉE

Description des travaux effectués dans l'exploitation ou l'entreprise agricole

_____

_____

_____

Temps consacré à ces travaux
- _____ heures par jour
- _____ jours par semaine
- _____ jours par mois

(3) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'INTERRUPTION D'ACTIVITÉ

Date du premier jour d'interruption d'activité _____

Durée de l'interruption d'activité _____

(4) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE REMPLACEMENT

Adresse de la fédération départementale ou du service de remplacement conventionné :

Je soussignée _____
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

A _____ le _____

Signature

Réf. : 10024b - PAO/CCMSA

CACHET DE L'ORGANISME
ASSUREUR AMEXA

cerfa
11607*02
VOLET DESTINÉ
AU SERVICE DE
REMPLACEMENT

DEMANDE D'ALLOCATION DE REMPLACEMENT MATERNITÉ
- Repos supplémentaire -

(1) A REMPLIR PAR L'ASSURÉE

N° d'identification : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NOM : _____

PRÉNOM : _____

Adresse : _____

Département : _____ Localité : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Tél. où l'assuré peut être joint : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(2) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITÉ EXERCÉE

Description des travaux effectués dans l'exploitation ou l'entreprise agricole

_____

_____

_____

Temps consacré à ces travaux
- _____ heures par jour
- _____ jours par semaine
- _____ jours par mois

(3) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'INTERRUPTION D'ACTIVITÉ

Date du premier jour d'interruption d'activité _____

Durée de l'interruption d'activité _____

Je soussignée _____
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

A _____ le _____

Signature

Réf. : 10024b - PAO/CCMSA