

DEMANDE DE CONGÉ DE DEUIL DES NON SALARIÉS AGRICOLES

N° de sécurité sociale

NOM DE FAMILLE :

PRENOM :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Adresse mail :

Les salariés, exploitants et chômeurs indemnisés ou en situation de maintien de droit aux prestations en espèces au titre de l'article L 161-8 subissant le décès d'un enfant ou d'une personne à charge de moins de 25 ans peuvent bénéficier d'un congé de deuil. Ce congé peut être pris **dans un délai d'un an à compter de la date du décès de l'enfant ou de la personne à charge de moins de 25 ans et de manière fractionnée, le minimum devant être d'une journée.**

Pour les non-salariés agricoles cette demande doit être **adressée à la MSA sans qu'il y ait lieu de respecter un délai avant le début du congé deuil.** Le service de remplacement est tenu, dès la réception de la demande, d'indiquer à la caisse de MSA s'il pourvoit ou non au remplacement.

En tant qu'exploitant(e), vous bénéficierez de l'allocation de remplacement. **Le remplacement devra se faire en priorité par l'intermédiaire d'un service de remplacement conventionné par la MSA.**

Ma demande concerne :

- le décès de mon enfant de moins de 25 ans
- le décès d'une personne à charge de moins de 25 ans

Pièces à joindre à la demande :

- Une copie de l'acte de décès
- Pour les enfants nés sans vie, un certificat médical attestant que l'enfant avait atteint le seuil de viabilité (22 semaines d'aménorrhée ou un poids de fœtus d'au moins 500 grammes)

PERIODES CONCERNANT L'INTERRUPTION D'ACTIVITÉ

	Période n° 1	Période n° 2	Période n° 3
Je suis exploitant(e) , possibilité de bénéficier de 15 jours en 1, 2 ou 3 fois	Du ___/___/___ au ___/___/___	Du ___/___/___ au ___/___/___	Du ___/___/___ au ___/___/___

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITÉ EXERCÉE

Description des travaux à effectuer dans l'exploitation ou l'entreprise agricole correspondant à votre activité habituelle au moment du congé deuil :

.....

.....

.....

Estimation du temps de travail consacré à ces travaux :

.....heures par jour

..... jours par semaine

..... jours par mois

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE REMPLACEMENT

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

NOTA : En parallèle du dépôt de ce formulaire auprès de la MSA, prenez contact le plus rapidement possible avec le Service de Remplacement de votre département afin de mettre en place ce remplacement.

Je soussigné 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 les périodes du congé deuil.

À :

Le : __/__/____

Signature :

Vous pouvez nous transmettre ce formulaire via votre Espace Sécurisé sur le site de la MSA ou par courrier postal.