



AIDE AU REMPLACEMENT DES AGRICULTEURS

ESSS08440

L'aide au remplacement des exploitants a pour objectif de favoriser le remplacement d'un exploitant dont l'incapacité d'exercer son activité entraîne un risque pour le devenir de l'exploitation. L'incapacité peut être due à un arrêt de travail (maladie ou accident de travail), un décès ou l'hospitalisation d'un enfant.

1 - Objet de la demande

Première demande Renouvellement

Arrêt de travail

• Date de début : / / • Durée : jours ou mois

• Date de fin : / /

► Motif

- Maladie Accident de la vie privée Accident du travail ou maladie professionnelle
 Hospitalisation d'un enfant (lorsque la présence d'un de ses parents est médicalement justifiée)
 Autres (précisez) :

2 - Bénéficiaire (personne remplacée)

• Madame • Monsieur

• Nom : • Prénom :

• Né(e) le : / /

• Adresse :

• Code Postal : • Commune :

• Téléphone : / / • Adresse mail :

• Situation familiale : Célibataire Vie maritale Marié(e)
 Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve) Depuis le : / /

• Situation professionnelle : Chef d'exploitation Conjoint(e) Aide familial(e)

• Si chef d'exploitation : cotisant solidaire oui non

• Numéro de Sécurité Sociale :

3 - Conjoint(e) ou personne vivant maritalement avec l'assuré(e)

• Madame • Monsieur

• Nom : • Prénom :

• Né(e) le : / /

• Numéro de Sécurité Sociale :

• Situation professionnelle : Chef d'exploitation Conjoint(e) Salarié(e) agricole
 Salarié(e) non agricole Retraité(e) Autre (précisez) :

4 - Autres informations (à compléter quelles que soient la durée et la nature de l'arrêt)

- Avez-vous adhéré à un service de remplacement ? oui non

Si oui, nom du service :

- Avez-vous souscrit un contrat groupe (assurance collective) auprès de ce service de remplacement ? oui non

- Avez-vous souscrit un contrat complémentaire d'assurance privée qui vous garantit des indemnités journalières ?

En cas de maladie : oui non En cas d'accident : oui non

- Si oui, indiquez :

	Contrat groupe	Contrat compl. privé
Le montant de l'indemnité journalière perçue ou à percevoir		
Durée en nombre de jour		
Le nom de votre assureur		
Le numéro de police		

5 - Mode de remplacement

- Service de remplacement :

● Nom du service de remplacement :

- Embauche directe :

● Nom et prénom du salarié(e) :

- ETA ou CUMA (uniquement pour des travaux non effectués habituellement par une ETA ou CUMA) :

● Nom de la structure ETA ou CUMA :

Ces travaux sont-ils effectués par une ETA ou une CUMA chaque année ? oui non

- Important : en cas d'accord, paiement à effectuer à :

Assuré(e) Service de remplacement ETA ou CUMA

Le déclarant atteste que tous les renseignements figurant sur cette demande sont exacts.

Fait à, le ____/____/____

Signature :

Pièces à joindre obligatoirement au dossier

- Photocopie de l'avis d'imposition, ou de non-imposition, N-1 sur les revenus N-2 du demandeur et de son conjoint.
- Relevés des « capitaux placés » du couple.
- Bulletin(s) de salaire(s) ou facture(s) de l'ETA ou CUMA ou du service de remplacement.
- Arrêt de travail et/ou bulletin d'hospitalisation.
- En cas de nouvel arrêt de travail (hors prolongation), certificat médical précisant s'il s'agit ou non de la même pathologie.
- Attestation du versement des indemnités journalières par la ou les compagnie(s) d'assurance.

Pour l'étude et la gestion de vos droits (= finalité du traitement), vos données personnelles sont traitées par la MSA Portes de Bretagne. Au titre du Règlement Général européen sur la Protection des Données (RGPD) et de la loi Informatique et Libertés modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant, par courrier postal, au Délégué à la protection des données – MSA Portes de Bretagne – 35027 RENNES Cedex 9.

Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (plus d'informations sur www.cnil.fr).

Certaines de vos informations peuvent être transmises à nos partenaires, dans le cadre de nos missions. Vos informations sont conservées au maximum pendant 6 ans après la fin de votre relation avec la branche Action Sociale.

Tout dossier incomplet ne pourra être étudié

N'hésitez pas à contacter votre MSA : Service d'Action Sanitaire et Sociale / 02 97 46 52 14