

Le guide de nos prestations extra-légales est consultable sur notre site : mpn.msa.fr / Votre MSA / Action sanitaire et sociale / Prestations extra-légales / Guide des aides individuelles

AIDE AU REMPLACEMENT EN AGRICULTURE

Accompagner les situations de rupture ou de fragilité

Nous attirons votre attention sur le fait que cette prestation n'est mobilisable qu'en complément des aides attribuées par les autres organismes (assurance, mutuelle...).

À compléter obligatoirement

- Demande faisant suite à un arrêt de travail maladie ou accident de la vie privé - **ESSS08440**
- Demande faisant suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle - **ESSS08424**

Identification de l'assuré(e)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Numéro de sécurité sociale :

Adresse :

N° tel : E-mail :

Votre situation : chef d'exploitation conjoint collaborateur aide familial cotisant de solidarité

Le coût de votre remplacement est-il financé par d'autres organismes : oui non

Si oui, le ou lesquels :

Motif de la demande

Votre demande fait suite à un arrêt de travail

- arrêt de travail initial du au
- arrêt de travail en cours (au moment de la demande) du au

Votre demande fait suite à un événement grave (accident grave, décès d'un membre actif de l'exploitation,...)

- Nature (à préciser) :
- Date de l'événement :

Souhaitez-vous être contacté par le service d'action sanitaire sociale ? oui non

Observation(s) complémentaire(s) :

Envoi de la demande

Les documents sont à déposer soit :

- sur votre espace privé depuis le site internet mpn.msa.fr,
- via assafi2.blf@mpn.msa.fr,
- par voie postale à : MSA MPN, 180 avenue Marcel Unal, 82014 Montauban.

Très important : L'arrêt de travail (ou le bulletin d'hospitalisation) doit être adressé au service médical de votre caisse de MSA

Attestation

Je soussigné(e) :

Agissant :

en mon nom propre

en qualité de représentant légal de :

Certifie exacts et complets les renseignements fournis dans le cadre de cette demande.

Je m'engage à signaler toute modification de ma situation, régler à la caisse les sommes éventuellement versées à tort, faciliter toute enquête. J'accepte que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte soient transmis à un autre organisme conventionné avec la caisse pour permettre l'instruction de ma demande. Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 à L.114-21 du Code de la sécurité sociale. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit m'exposerait à des sanctions pénales et financières prévues par la loi, voire à des poursuites dans le cadre d'une procédure de lutte contre la fraude. Je donne mon consentement pour que ces données fassent l'objet d'un traitement informatique.*

Fait à :

Le :

Si demande effectuée par un service de remplacement :

Date et signature du responsable :

Signature de l'assuré(e) :

*Conformément au droit à la protection des données, vous disposez de droits sur vos données personnelles (droit d'accès, de rectification, d'opposition et de limitation) que vous pouvez exercer auprès du délégué à la protection des données (DPO) ou auprès du directeur de l'organisme gestionnaire de l'aide demandée, dont vous trouverez les coordonnées sur le site dudit organisme.