



## DEMANDE D'ALLOCATION DE REMPLACEMENT MATERNITÉ

Remplir les cadres 1 - 2 - 3

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

- 30 jours au plus tard avant le date prévue pour votre interruption d'activité,

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 :	<input type="text"/>		
NOM :	<input type="text"/>		
PRÉNOM :	<input type="text"/>		
Adresse :	<input type="text"/>		
Département :	<input type="text"/>	Localité :	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/>	Tél où l'assurée peut être jointe :	<input type="text"/>

### (2) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITÉ EXERCÉE

Description des travaux effectués dans l'exploitation ou l'entreprise agricole		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
Temps consacré à ces travaux	}	<input type="text"/> heures par jour
		<input type="text"/> jours par semaine
		<input type="text"/> jours par mois

### (3) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'INTERRUPTION D'ACTIVITÉ

Date du premier jour d'interruption d'activité	<input type="text"/>	Durée de l'interruption d'activité	<input type="text"/>
---	----------------------	---------------------------------------	----------------------

### (4) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE REMPLACEMENT

Adresse de la fédération départementale ou du service de remplacement conventionné
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Je soussignée \_\_\_\_\_  
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 au moins 2 semaines

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Signature

