

## DEMANDE D'AIDE A LA SOUSCRIPTION D'UNE ASSURANCE REMPLACEMENT MALADIE /ACCIDENT

### BENEFICIAIRE :

NOM ..... Prénom .....

Date de naissance :

N° Insee : | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse : .....

N° de téléphone : .....Adresse mail :

Date d'affiliation MSA en tant que chef d'exploitation\* : ..... / ..... / .....

*\*Aide en direction du chef d'exploitation affilié à la MSA Auvergne depuis moins de 60 mois*

### ASSURANCE REMPLACEMENT MALADIE/ACCIDENT :

- Assureur :
- Contrat groupe proposé par le service de remplacement :  OUI  NON
- Date de l'adhésion ou du renouvellement du contrat : / / 2024
- Période d'assurance :
- Montant de la cotisation annuelle de l'assurance de : €

***Joindre obligatoirement les justificatifs qui précisent la date de la souscription, le détail de la garantie et le montant de la cotisation annuelle (copie du contrat, de la quittance ou autres justificatifs...)***

### Montant de l'aide de la MSA au 1<sup>er</sup> mars 2024 :

- 50 % maximum de la cotisation annuelle dans la limite de 300 €.

A.....  
le .....

Signature :

# AIDE A LA SOUSCRIPTION D'ASSURANCE REEMPLACEMENT MALADIE REGLEMENT 2024

***Pour en bénéficier, vous devez être :***

**Chef d'exploitation :**

- Chef d'exploitation :
  - o assuré AMEXA à titre principal (en individuel ou sous forme sociétaire : membre d'un GAEC, associé d'exploitation)  
et à la date de la 1<sup>ere</sup> souscription de l'assurance remplacement.
  - o affilié à la MSA Auvergne en tant que chef d'exploitation depuis moins de 60 mois

***Quel est l'objet de cette aide ?***

L'objectif est de vous aider à souscrire une assurance qui vous permettra de **financer une partie d'un remplacement** sur votre exploitation en cas d'arrêt maladie ou accident du travail.

***Quelles sont les conditions et quel est le montant de l'aide ?***

La participation de la MSA Auvergne est sans condition de ressources, **d'un montant à hauteur de 50 % maximum de la cotisation annuelle, dans la limite de 300 €.** **L'aide est renouvelable 1 fois**

Si vous remplissez les conditions, l'aide vous sera versée directement sur votre compte bancaire.

***Comment dois-je faire ma demande ?***

Vous devez adresser au service Action Sociale de la MSA Auvergne l'imprimé de demande « Aide à la souscription d'une assurance remplacement maladie/accident » **renseigné et accompagné** de justificatifs **qui précisent la date de la souscription, le détail de la garantie et le montant de la cotisation annuelle (copie du contrat, de la quittance ou autres justificatifs...)**

- **La souscription doit être effectuée dans les 60 mois qui suivent la date de votre affiliation MSA en tant que chef d'exploitation.**
- **La demande d'aide doit être effectuée dans les 6 mois qui suivent l'adhésion ou son renouvellement.**

**Demande à retourner complétée et accompagnée des justificatifs à l'adresse suivante :**

MSA Auvergne  
Service Action Sociale  
16 rue Jean Claret  
63972 Clermont-Ferrand cedex 9