CACHET DE L'ORGANISME
ASSUREUR AMEXA

cerfa

VOLET DESTINÉ
AU SEUL
ORGANISME
ASSUREUR AMEXA

AVIS DE REPOS SUPPLÉMENTAIRE MATERNITÉ DES AGRICULTRICES

L'envoi du présent avis à votre organisme assureur AMEXA et la demande d'allocation de remplacement maternité - repos supplémentaire - sont obligatoires pour vous permettre de percevoir votre allocation de remplacement pendant les deux semaines de repos supplémentaire.

Recommandations importantes :

Si votre médecin vous prescrit un arrêt de travail mentionnant l'état pathologique de votre grossesse, vous devez l'envoyer dans les 48 heures à votre organisme assureur AMEXA, accompagné de la demande de remplacement de maternité - repos supplémentaire - dûment complétée.

Ce n'est qu'en l'absence de prescription d'arrêt de travail, qu'il convient de faire remplir le présent avis par votre médecin accompagné de la demande d'allocation de remplacement maternité - repos supplémentaire dûment complétée.

(1) A REMPLIR PAR L'ASSURÉE

N° d'identification : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

NOM DE FAMILLE : _____

NOM D'USAGE (s'il y a lieu) : _____

PRÉNOM : _____

Adresse : _____

Département : _____ Localité : _____

Code postal : |__|__|__|__|__|

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Le médecin soussigné prescrit un repos
de :_____ jours(1), à partir du : _____
(1) Maximum 14 (jours)

IDENTIFICATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR

DATE :

Signature
du Médecin

Réf. :10024/2012 - PAO/CCMSA