

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
POUR DES FRAIS LIES A UN REMPLACEMENT
DANS LE CADRE D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL**

L'essentiel & plus encore

Nom, Prénom _____ N° Assuré _____

Adresse _____

_____ ☎ : _____ Fax : _____

Arrêt de travail lié à un accident du travail

Du _____ Au _____

Service mis en place :

Mise à disposition de personnel par Service de Remplacement

Embauche directe

Du _____ Au _____

CONDITIONS D'ACCES

- Etre chef d'exploitation à titre principal ou être conjoint collaborateur à temps plein ou être aide familial
- Résider sur le territoire de Midi Pyrénées Sud
- Etre affilié en ATEXA

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

- 5 €/heure avec un maximum de 140 heures pendant la période d'arrêt de travail
- Accord effectif quand toutes les pièces justificatives demandées sont fournies :
 - Copie de l'arrêt de travail accident du travail (imprimé CERFA),
 - Copie de la déclaration d'accident du travail (imprimé CERFA)
- En cas d'emploi direct, possibilité d'utiliser le Titre Emploi Simplifié Agricole (TESA) et fournir les pièces suivantes :
 - Copie de la Déclaration Unique d'Embauche (D.U.E)
 - Copie du bulletin de salaire de l'employé de remplacement

Documents à renvoyer à :

**MSA MIDI PYRENEES SUD – Service Action Sociale
78 VOIE DU TOEC – 31064 TOULOUSE CEDEX 9**

Fait à _____, le _____

Signature du demandeur* :