NS M agricole

N°11925*01

VOLET SOCIAL

MEMBRE DE SOCIETE RELEVANT DU REGIME DES NON SALARIES AGRICOLES

RESERVE AU CFE G I D E L N W

Déclaration n° _____

reçue le _____ **transmise le** _____

1 **DEMANDE** ❒ **D'AFFILIATION** ❒ **DE MODIFICATION D'AFFILIATION**

Informations complémentaires de l'imprimé ❒ **M0 Agricole** ❒ **M2 Agricole** ❒ **M3**

RAPPEL D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

2 **DENOMINATION SOCIALE** _____

Si la déclaration complète un imprimé M2 Agricole ou M3, rappeler le n° unique d'identification

GERANTS ET MEMBRES NON SALARIES PARTICIPANT AUX TRAVAUX

3 **NOM DE NAISSANCE** _____ **Nom d'usage** _____ **Prénoms** _____

Si vous êtes gérant, ne remplissez pas le cadre 3 Bis.

3 bis **Né(e) le** _____ **Dépt.** _____ **Commune / Pays (si à l'étranger)** _____

Domicile personnel : rés, bat, voie, lieudit _____

Code postal _____ **Commune** _____

4 **VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE**

Etes-vous déjà connu de la MSA du département du siège de l'exploitation ❒ Oui ❒ Non

Si oui : ❒ Salarié agricole ❒ Aide familial ❒ Ayant droit ❒ membre de société ❒ Chef d'exploitation

Si non : Votre régime d'assurance maladie actuel : ❒ Régime général ❒ Non salarié non agricole ❒ Agricole dans le département de ❒ Autre _____

Organisme d'assurance maladie choisi (Sauf dans un GAEC, remplir cadre 4Bis). Attention, le choix s'impose à tous les membres participant aux travaux

❒ MSA ❒ GAMEX Pour le dépt. 50, option supplémentaire : ❒ GROUPAMA

Resterez-vous simultanément ❒ Salarié agricole ❒ Salarié du régime général ❒ Non salarié non agricole Lieu d'exercice : dépt. ❒ Si à l'étranger, indiquer le pays _____

❒ Retraité ❒ Pensionné d'invalidité ❒ Autre _____ Indiquer l'organisme qui sert la pension _____

Avez-vous déposé une **demande d'exonération** de charges sociales liée à la création d'entreprise ❒ Oui ❒ Non Etes-vous bénéficiaire de la **dotation jeune agriculteur** ❒ Oui ❒ Non ❒ Demande en cours

❒ **Votre conjoint** demande à bénéficier du statut de conjoint collaborateur. Etes-vous, ou votre conjoint, bénéficiaire du RMI ❒ Oui ❒ Non

Votre conjoint ou concubin est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie ❒ Oui ❒ Non.

PERSONNES DEMANDANT A BENEFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DECLARANT Nombre d'intercalaires : ❒

Nom de naissance et prénom	N° de Sécurité Sociale ou, à défaut, date, lieu de naissance et sexe	Lien de parenté	Enfant scolarisé oui	Enfant scolarisé non	Nationalité	Pour les étrangers de plus de 18 ans (sauf Union Européenne) N° du titre de séjour	Délivré à	Expirant le
			❒	❒				
			❒	❒				
			❒	❒				

4 bis **VOUS ETES MEMBRE D'UN GAEC** : Vous êtes nouvel installé, organisme d'assurance maladie choisi ❒ MSA ❒ GAMEX Pour le dépt. 50, option supplémentaire : ❒ GROUPAMA

Avez-vous un aide familial ou associé d'exploitation ❒ Oui ❒ Non (si oui, remplir un imprimé NSp agricole).

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

5 **OBSERVATIONS :**

6 **La présente demande constitue déclaration aux organismes de sécurité sociale.**
Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales.

❒ **LE DECLARANT** *Désigné au cadre 3*

❒ **LE MANDATAIRE**

Nom, prénom / dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le _____

SIGNATURE

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire pour les personnes physiques. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant auprès des organismes destinataires.