NSm agricole

Imprimer

Réinitialiser

cerfa N° 11925*02

VOLET SOCIAL

MEMBRE DE SOCIÉTÉ RELEVANT DU RÉGIME DES NON SALARIÉS AGRICOLES

RÉSERVÉ AU CFE E F U

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

1 **DEMANDE :** ❒ d'affiliation ❒ de modification d'affiliation **POUR UN :** ❒ Gérant ❒ Associé participant aux travaux

Informations complémentaires de l'imprimé ❒ MO agricole ❒ M2 agricole ❒ M3 ❒ Intercalaire NSm, *remplir obligatoirement les cadres 2 et 3*

RAPPEL D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

2 **DÉNOMINATION** _____

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

GÉRANTS ET MEMBRES NON SALARIÉS PARTICIPANT AUX TRAVAUX

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

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

3B Né(e) le _____ Département _____ Commune de naissance / Pays (si à l'étranger) _____

Domicile personnel : rés., bât., voie, lieu-dit _____

Code postal _____ Commune _____

4 **VOTRE N° DE SÉCURITÉ SOCIALE** _____

Êtes-vous déjà connu de la MSA ❒ Oui ❒ Non Si oui, ne remplir que les mentions non déjà déclarées à votre caisse

Votre régime d'assurance maladie actuel : ❒ Régime général ❒ Agricole ❒ Non salarié non agricole ❒ Autre préciser _____

Organisme d'assurance maladie choisi par la société (sauf dans un GAEC, remplir cadre 4 bis). Attention le choix fait par la société s'impose à tous les membres participant aux travaux : ❒ MSA ❒ GAMEX

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 la qualité de jeune agriculteur ❒ Oui ❒ Non ❒ Demande de Dotation Jeune Agriculteur (DJA) en cours

Êtes-vous ou votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, bénéficiaire du RSA/RMI ❒ Oui ❒ Non

Votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS : – S'il travaille régulièrement sur l'exploitation, choix d'un statut ❒ Collaborateur ❒ Salarié ❒ Associé chef d'exploitation

– Est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie ❒ Oui ❒ Non **si non, le déclarer ci-dessous**

PERSONNES DEMANDANT À BÉNÉFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DÉCLARANT Suite sur intercalaire(s) NSm agricole

Nom de naissance et prénom	N° de Sécurité Sociale obligatoire (si pas attribué : 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

4B **VOUS ÊTES MEMBRE D'UN GAEC :** Vous êtes nouvel installé, organisme d'assurance maladie choisi ❒ MSA ❒ GAMEX

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

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

5 **OBSERVATIONS :**

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.

6 ❒ **LE DÉCLARANT** *Désigné au cadre 3*

❒ **LE MANDATAIRE**
nom, prénom/dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le _____ Nombre d'intercalaire(s) NSm _____

SIGNATURE

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