NSp agricole cerfa 11926*04

Imprimer | Réinitialiser

VOLET SOCIAL

PERSONNE PHYSIQUE RELEVANT DU REGIME DES NON SALARIES AGRICOLES

RESERVE AU CFE E F U

Déclaration n° _____
Reçue le _____
Transmise le _____

1 ☐ **MEMBRE D'UNE EXPLOITATION EN COMMUN** ☐ **AIDE FAMILIAL** ☐ **ASSOCIE D'EXPLOITATION**
DEMANDE ☐ **D'AFFILIATION** ☐ **DE MODIFICATION D'AFFILIATION**
Informations complémentaires de l'imprimé ☐ P0 agricole ☐ F agricole ☐ M0 agricole ☐ M2 agricole ☐ M3

RAPPEL D'IDENTIFICATION

2 **Pour les membres d'une exploitation en commun :**
Nom de l'exploitation en commun _____
Si attribué N° unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|

2B **Pour aide familial, associé d'exploitation** : identité du chef d'exploitation auquel vous êtes rattaché
Nom, prénoms _____
Si attribué Numéro unique d'identification de l'entreprise |_|_|_|_|_|_|_|

PERSONNE NON SALARIEE PARTICIPANT AUX TRAVAUX

3 **Votre n° de sécurité sociale** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____

3B **Pour aide familial, associé d'exploitation : Domicile** : *rés., bât., n°, voie, lieu-dit* _____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune / Pays _____

Etes-vous déjà connu de la MSA ☐Oui ☐Non
Votre régime d'assurance maladie actuel : ☐ Régime général ☐ Agricole ☐ Non salarié non agricole ☐Autre préciser _____
Exercice simultané d'une autre activité ? ☐oui ☐non
Si oui, serez-vous simultanément : ☐Salarié agricole ☐ Salarié du régime général ☐ Non salarié non agricole
☐Retraité ☐Pensionné d'invalidité ☐ Autre _____ Indiquer l'organisme qui sert la pension _____

Votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie ☐Oui☐Non.
Indiquer son n° de sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

MINEUR(S) DEMANDANT À BENEFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DECLARANT

Suite sur intercalaire(s) P0'

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 UN MEMBRE D'EXPLOITATION EN COMMUN

4 Avez-vous la qualité de jeune agriculteur ☐ Oui ☐Non ☐ Demande de Dotation Jeune Agriculteur (DJA) en cours
Votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS travaille régulièrement sur l'exploitation **: CHOIX D'UN STATUT** : ☐Collaborateur ☐Salarié ☐ Co -exploitant
Etes-vous ou votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, bénéficiaire d'une prime d'activité ou du RSA ☐Oui ☐ Non

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

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 DECLARANT** *Désigné au cadre 3*
☐ **LE MANDATAIRE**
nom, prénom / dénomination et adresse
_____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à _____
Le _____ Nombre d'intercalaire(s) P0' ____

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.