NSm agricole

cerfa 11925*05

Imprimer

Réinitialiser

VOLET SOCIAL

MEMBRE DE SOCIETE RELEVANT DU REGIME DES NON SALARIES AGRICOLES

RESERVE 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 : ☐ M0 agricole ☐ M2 agricole ☐ M3 ☐ Intercalaire NSm, *remplir obligatoirement les cadres 2, 3A et 3B*

RAPPEL D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

2 **DENOMINATION** _____

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

GERANTS ET MEMBRES NON SALARIES PARTICIPANT AUX TRAVAUX

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

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

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

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

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

4A **VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

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 _____

Avez-vous la qualité de jeune agriculteur ☐ Oui ☐ Non ☐ Demande de Dotation Jeune Agriculteur (DJA) en cours

Etes-vous ou votre conjoint, concubin ou pacsé, bénéficiaire d'une prime d'activité ou du RSA ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous un conjoint marié, pacsé ou concubin travaillant régulièrement sur l'exploitation ☐ Oui ☐ Non Si oui, 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 Indiquer son n° de sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

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

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
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	

4B **VOUS ETES MEMBRE D'UN GAEC :** Avez-vous un aide familial ou un associé d'exploitation ☐ Oui ☐ Non (si oui, remplir un imprimé NSp agricole)

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 3A*

☐ **LE MANDATAIRE** **Nom, prénom / dénomination et adresse**

_____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

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.