

MEMBRE DE SOCIETE RELEVANT DU REGIME DES NON SALARIES AGRICOLES

Déclaration n°.....
Reçue 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 et 3*

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

3 **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

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

Etes-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

Resterez-vous simultanément Salarié agricole Salarié du régime général Non salarié non agricole Retraité Pensionné d'invalidité Autre Lieu d'exercice : dépt. |_|_|_|_| si à l'étranger, indiquer le pays..... 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 partenaire lié par un PACS, bénéficiaire d'une prime d'activité ou du RSA 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 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		Nationalité	Pour les étrangers de plus de 18 ans (sauf Union Européenne)		
			oui	non		N° du titre de séjour	Délivré à	Expirant le

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 <input type="checkbox"/> LE DECLARANT Désigné au cadre 3 <input type="checkbox"/> LE MANDATAIRE nom, prénom / dénomination et adresse	Certifie l'exactitude des renseignements donnés Fait à Le Nombre d'intercalaire(s) NSm	SIGNATURE
---	--	------------------