NSm agricole cerfa N° 11925*03

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 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 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
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 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 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 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.