NSm agricole cerfa 11925*04

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 |_|_|_| Communede 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
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 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 Indiquer son n° de sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

MINEUR(S) 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
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	

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.