NSp agricole

cerfa
N° 11926*02

VOLET SOCIAL

PERSONNE PHYSIQUE RELEVANT DU RÉGIME DES NON SALARIÉS AGRICOLES

RÉSERVÉ AU CFE E F U

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

1

❒ **MEMBRE D'UNE EXPLOITATION EN COMMUN** ❒ **AIDE FAMILIAL** ❒ **ASSOCIÉ D'EXPLOITATION**
DEMANDE ❒ **D'AFFILIATION** ❒ **DE MODIFICATION D'AFFILIATION**
Informations complémentaires de l'imprimé ❒ PO agricole ❒ F agricole ❒ MO 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(s), prénom _____
Si attribué N° unique d'identification de l'entreprise |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

PERSONNE NON SALARIÉE PARTICIPANT AUX TRAVAUX

3

Votre n° de sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____
Si vous êtes déjà affilié à la MSA, ne remplir que les mentions non déjà déclarées à votre caisse

3B

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

Votre régime d'assurance maladie actuel : ❒ Régime général ❒ Agricole ❒ Non salarié non agricole ❒ Autre préciser _____

Organisme d'assurance maladie choisi : uniquement pour les membres d'une exploitation en commun, les co-exploitants devant choisir un même assureur en maladie.
❒ MSA ❒ GAMEX

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 _____

Votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie ❒ Oui ❒ Non. **Si non, le déclarer ci-dessous**

PERSONNES DEMANDANT À BÉNÉFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DÉCLARANT

Suite sur intercalaire(s) PO'

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

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
Êtes-vous ou votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, bénéficiaire du RSA/RMI ❒ Oui ❒ Non

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

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 DÉCLARANT** *Désigné au cadre 3*

❒ **LE MANDATAIRE**
nom, prénom/dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à _____
Le _____

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.