

MEMBRE DE SOCIETE RELEVANT DU REGIME DES NON SALARIES AGRICOLES

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

Déclaration n° _____
 Reçue le _____
 Transmise le _____

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 _____ Le cas échéant, ancienne 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		Nationalité
			oui	non	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

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 :** _____

Les informations sont transmises aux organismes destinataires, notamment pour les registres et répertoires prévus par la réglementation et qui sont accessibles au public. Le règlement (UE) 2016/679 modifié du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire. Ils leur garantissent un droit d'accès et de rectification, pour les données à caractère personnel les concernant, auprès du responsable de traitement concerné, ainsi qu'un droit d'opposition à la réutilisation de ces données par des tiers, à d'autres fins que les missions des organismes destinataires, et qui s'exerce auprès des responsables des sites rediffusant leurs données (cf. annexe aux notices).

**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