

MEMBRE DE SOCIETE RELEVANT DU REGIME DES NON SALARIES AGRICOLES

Déclaration n° _____

reçue le _____ transmise le _____

1 DEMANDE D'AFFILIATION DE MODIFICATION D'AFFILIATION
Informations complémentaires de l'imprimé M0 Agricole M2 Agricole M3

RAPPEL D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

2 DENOMINATION SOCIALE _____
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 Bis.

3 bis Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune / Pays (si à l'étranger) _____
Domicile personnel : rés, bat, voie, lieudit _____
Code postal _____ Commune _____

4 VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE _____
Etes-vous déjà connu de la MSA du département du siège de l'exploitation Oui Non
Si oui : Salarié agricole Aide familial Ayant droit membre de société Chef d'exploitation
Si non : Votre régime d'assurance maladie actuel : Régime général Non salarié non agricole Agricole dans le département de _____ Autre _____
Organisme d'assurance maladie choisi (Sauf dans un GAEC, remplir cadre 4Bis). Attention, le choix s'impose à tous les membres participant aux travaux
 MSA GAMEX Pour le dépt. 50, option supplémentaire : GROUPAMA
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 déposé une **demande d'exonération** de charges sociales liée à la création d'entreprise Oui Non Etes-vous bénéficiaire de la **dotation jeune agriculteur** Oui Non Demande en cours
 Votre conjoint demande à bénéficier du statut de conjoint collaborateur. Etes-vous, ou votre conjoint, bénéficiaire du RMI Oui Non
Votre conjoint ou concubin est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie Oui Non.

PERSONNES DEMANDANT A BENEFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DECLARANT

Nombre d'intercalaires : _____

Nom de naissance et prénom	N° de Sécurité Sociale ou, à défaut, 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

4 bis VOUS ETES MEMBRE D'UN GAEC : Vous êtes nouvel installé, organisme d'assurance maladie choisi MSA GAMEX Pour le dépt. 50, option supplémentaire : GROUPAMA
Avez-vous un aide familial ou associé d'exploitation Oui Non (si oui, remplir un imprimé NSp agricole).

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

5 OBSERVATIONS :

6 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.

LE DECLARANT *Désigné au cadre 3*
 LE MANDATAIRE
Nom, prénom / dénomination et adresse

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

SIGNATURE