NS P agricole — COSA — N°11926*01

VOLET SOCIAL

PERSONNE PHYSIQUE RELEVANT DU REGIME DES NON SALARIES AGRICOLES

RESERVE AU CFE I D E L N W

Déclaration n° _____

reçue le _____ **transmise le** _____

1

❒ **MEMBRE D'UNE EXPLOITATION EN COMMUN** ❒ **AIDE FAMILIAL** ❒ **ASSOCIE D'EXPLOITATION**

DEMANDE ❒ **D'AFFILIATION** ❒ **DE MODIFICATION D'AFFILIATION**

RAPPEL D'IDENTIFICATION

2

Pour les membres d'une exploitation en commun :

Nom de l'exploitation en commun _____

Si attribué, n° unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|

2 bis

Pour aide familial, associé d'exploitation : identité du chef d'exploitation

Nom(s), prénom _____

Si attribué, n° unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|

PERSONNE NON SALARIEE PARTICIPANT AUX TRAVAUX

3

Votre n° de sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____

Pour aide familial, associé d'exploitation :

Domicile : rés, bât., n°, voie, lieudit _____

_____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune / Pays _____

Etes-vous déjà connu de la MSA du département du lieu 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 : ❒ 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 _____

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 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 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.

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

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire pour les personnes physiques. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant auprès des organismes destinataires.