

**VOLET SOCIAL**

**MEMBRE DE SOCIÉTÉ RELEVANT DU RÉGIME DES NON SALARIÉS AGRICOLES**

RÉSERVÉ AU CFE EFU

Déclaration n°  
Reçue le JJMMIAAAA  
Transmise le JJMMIAAAA

Imprimer Réinitialiser

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

**RAPPEL D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE MORALE**

2 **DÉNOMINATION** Si la déclaration complète un imprimé M2 Agricole ou M3, rappeler le n° unique d'identification

**GÉRANTS ET MEMBRES NON SALARIÉS 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 JJMMIAAAA 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 SÉCURITÉ SOCIALE** Êtes-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  
Êtes-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 (durée limitée à cinq ans)  
 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 BÉNÉFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DÉCLARANT** 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 ÊTES MEMBRE D'UN GAEC :** Avez-vous un aide familial ou un associé d'exploitation  Oui  Non (si oui, remplir un imprimé NSp agricole)

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

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 DÉCLARANT désigné au cadre 3A  
 LE MANDATAIRE  
Nom, prénom / dénomination et adresse  
Code postal Commune

Certifie l'exactitude des renseignements donnés  
Fait à  
Le JJMMIAAAA  
Nombre d'intercalaire(s) NSm

**SIGNATURE :**