

1  MEMBRE D'UNE EXPLOITATION EN COMMUN  AIDE FAMILIAL  ASSOCIÉ D'EXPLOITATION  
 DEMANDE  D'AFFILIATION  DE MODIFICATION D'AFFILIATION  
 Informations complémentaires de l'imprimé  P0 agricole  F agricole  M0 agricole  M2 agricole  M3

### RAPPEL D'IDENTIFICATION

2A 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, prénoms \_\_\_\_\_  
 Si attribué Numéro unique d'identification de l'entreprise

### PERSONNE NON SALARIÉE PARTICIPANT AUX TRAVAUX

3A Votre n° de sécurité sociale

Nom de naissance \_\_\_\_\_  
 Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_  
 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

Votre conjoint marié, pacsé ou concubin est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie  Oui  Non

Indiquer son n° de sécurité sociale

3B Pour aide familial, associé d'exploitation : Domicile : rés., bât., n°, voie, lieu-dit \_\_\_\_\_

Code postal  Commune \_\_\_\_\_

Le cas échéant, ancienne commune \_\_\_\_\_

### MINEUR(S) DEMANDANT À BÉNÉFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DÉCLARANT Suite sur intercalaire(s) P0'

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"/>	

### 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

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  Co-exploitant

Êtes-vous ou votre conjoint marié, pacsé ou concubin, bénéficiaire d'une prime d'activité ou du RSA  Oui  Non

### 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 JJMMAAAA

Nombre d'intercalaire(s) P0' \_\_\_\_\_

SIGNATURE :