

Imprimer Réinitialiser

PERSONNE PHYSIQUE RELEVANT DU REGIME DES NON SALARIES AGRICOLES

MEMBRE D'UNE EXPLOITATION EN COMMUN AIDE FAMILIAL ASSOCIE 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 SALARIEE PARTICIPANT AUX TRAVAUX

3A Votre n° de sécurité sociale _____

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Etes-vous déjà connu de la MSA Oui Non

Votre régime d'assurance maladie actuel : Régime général Agricole Non salarié non agricole Autre, préciser _____

Exercez simultanément 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 / Pays _____

MINEUR(S) DEMANDANT A BENEFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DECLARANT 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		Nationalité
		Enfant scolarisé	non	
_____	_____	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 Salarié Co-exploitant

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

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

5 OBSERVATIONS : _____

Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales.

Le présente demande constitue déclaration aux organismes de sécurité sociale.

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) P0' _____

SIGNATURE