NSp agricole cerfa 11926*06 — Imprimer — Réinitialiser

VOLET SOCIAL

PERSONNE PHYSIQUE RELEVANT DU REGIME DES NON SALARIES AGRICOLES

RESERVE AU CFE E F U

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**
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

3B **Pour aide familial, associé d'exploitation : Domicile :** *rés., bât., n°, voie, lieu-dit* _____
_____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Le cas échéant, ancienne commune _____

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 |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

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	Enfant scolarisé		Nationalité
			oui	non	
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	

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 :** _____

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 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