

## Intercalaire

## PERSONNE RELEVANT DU REGIME DES TRAVAILLEURS NON SALARIES

1	INFORMATIONS COMPLEM ENTAIRES DE L'IMP	MENTAIRES DE L'IMPRIME : ☐ M0 SARL, SELARL ☐ M0 SNC, Société en commandite ☐ M0 Société civile ☐ M2 ☐ M3 ☐ M3 SARL, SELARL ☐ TNS suite des ayants droits				_	nsmise le	
		RAPPEL	D'IDENTIFICATION DE LA F	ERSONNE MORALE				
2	DENOMINATION SOCIALE							
_	Si la déclaration complète un imprimé M2 Agricole ou M3, rappeler le n° unique d'identification							
	DECLARATION SOCIALE DU DIRIGEANT OU DE L'ASSOCIE							
3	NOM DE NAISSANCE	IOM DE NAISSANCE Nom d'usage						
	Prénoms Qualité							
	Choix de l'organisme d'assurance maladie des tr	availleurs non salariés		N°				
	ASSURANCE MALADIE - Régime actuel : Régime général Agricole Non salarié non agricole Autre							
	Exercice simultané d'une autre activité :  oui non  Si oui, serez-vous simultanément : Salarié  Salarié agricole Retraité / Pensionné Autre (préciser)							
	Si vous êtes pharmacien, êtes-vous affilié au régime des praticiens auxiliaires médicaux Oui Non							
	Si vous êtes biologiste, êtes-vous affilié au régime des praticiens auxiliaires médicaux							
4	POUR UNE SARL : Pour le conjoint marié pacsé qui a choisi le statut de 🔲 collaborateur (gérant associé unique ou gérance majoritaire) ou 🔲 d'associé (gérance majoritaire)							
	Indiquer son n° de sécurité sociale		POUR LE CONJOIN	F ASSOCIE : Nom de naissanc	e	1 4330010	(gerance majoritane)	
							Nationalité	
	POUR UNE SARL DONT LE GERANT EST L'ASSOCIE UNIQUE ET OPTE POUR LE REGIME DES MICRO-ENTREPRENEURS							
	Périodicité du versement des cotisations							
5	MINEUR(S) DEMANDANT À BENEFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DECLARANT							
	Nom de naissance et prénom		Sociale obligatoire	Lien de parenté		colarisé	Nationalité	
		(à défaut : date, lieu	de naissance et sexe)		oui	non		
					_			
					_			
					_			
					_			
	·				_			
		R	ENSEIGNEMENTS COMPLE	MENTAIRES				
6	OBSERVATIONS :							
0	ODSERVATIONS:							
	La présente demande constitue déclaration aux organismes de sécurité sociale. La déclaration sur l'honneur est définie par la loi. Si vous remplissez délibérément cette déclaration de manière inexacte ou incomplète, vous vous exposerez à des poursuites.							
7	LE DECLARANT Désigné au cadre 3	LE DECLARANT Désigné au cadre 3		Certifie l'exactitude des renseignements donnés			SIGNATURE	
	☐ LE MANDATAIRE		Fait à					
	nom, prénom / dénomination et adresse		Le					

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

RESERVE AU CFE UEFK

Déclaration n°



## Intercalaire

## PERSONNE RELEVANT DU REGIME DES TRAVAILLEURS NON SALARIES

1	INFORMATIONS COMPLEM ENTAIRES DE L'IMPRIME : M0 SARL, SELARL M0 SNC, Société en commandite M0 Société civile M2 M3 SARL, SELARL TNS suite des ayants droits	Reçue le Transmise le							
	RAPPEL D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE MORALE								
2	DENOMINATION SOCIALE								
	Si la déclaration complète un imprimé M2 Agricole ou M3, rappeler le n° unique d'identification								
	DECLARATION SOCIALE DU DIRIGEANT OU DE L'ASSOCIE								
3	NOM DE NAISSANCE								
	VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE Votre conjoint collaborateur est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie Oui Non								
	ASSURANCE MALADIE – Régime actuel : Régime général Agricole Non salarié non agricole Autre  Choix de l'organisme d'assurance maladie des travailleurs non salariés  Si exercice antérieur d'une activité non salariée, préciser laquelle : Dépt. Dépt. Commune  Date de cessation								
	Si exercice antérieur d'une activité non salariée, préciser laquelle : Dépt Dépt Commune Dépt Commune Dépt	Date de cessation Lilipin Date de cessation							
	Si oui, serez-vous simultanément : Salarié Salarié agricole Retraité / Pensionné Autre (préciser)								
	Si vous êtes pharmacien, êtes-vous affilié au régime des praticiens auxiliaires médicaux								
4	POUR UNE SARL : Pour le conjoint marié pacsé qui a choisi le statut de 🔲 collaborateur (gérant associé unique ou gérance majoritaire) ou 🔲 d'associé (gérance majoritaire)								
	Indiquer son n° de sécurité sociale POUR LE CONJOINT ASSOCIE : Nom de naissance Nationalité Né(e) le   nationalité   nationalité Né(e) le   nationalité   national								
	POUR UNE SARL DONT LE GERANT EST L'ASSOCIE UNIQUE ET OPTE POUR LE REGIME DES MICRO-ENTREPRENEURS								
	Périodicité du versement des cotisations								
5									
	RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES								
6	OBSERVATIONS:								
	La présente demande constitue déclaration aux organismes de sécurité sociale. La déclaration sur l'honneur est définie par la loi. Si vous remplissez délibérément cette déclaration de manière inexacte ou incomplète, vous vous exposerez à des poursuites.								
7	LE DECLARANT Désigné au cadre 3  Certifie l'exactitude des renseignements donnés	SIGNATURE							
	LE MANDATAIRE Fait à   nom, prénom / dénomination et adresse Le								

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

RESERVE AU CFE UEFK

Déclaration n°