TNS cerfa

N° 11686*02

INTERCALAIRE

PERSONNE RELEVANT DU RÉGIME DES TRAVAILLEURS NON SALARIÉS

RÉSERVÉ AU CFE U E F K

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

1 INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES DE L'IMPRIMÉ :

❒ **M0 Sarl, Selarl** ❒ **M0 société civile** ❒ **M0, Sas, Sa, Snc, société en commandite**

❒ **M2** ❒ **M3** ❒ **TNS Suite des ayants droit**

RAPPEL D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

2 DÉNOMINATION SOCIALE _____

Si la déclaration complète un imprimé M2 ou M3, rappeler le n° unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DÉCLARATION SOCIALE DU DIRIGEANT OU DE L'ASSOCIÉ

3 NOM DE NAISSANCE _____ **Nom d'usage** _____

Prénoms _____ **Qualité** _____

VOTRE N° DE SÉCURITÉ SOCIALE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Votre conjoint** 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 _____ N° |_|_| Pour les activités relevant du régime agricole : ❒ MSA ❒ GAMEX

Si exercice antérieur d'une activité non salariée, préciser laquelle : _____ Dépt. |_|_| Commune _____ Date de cessation |_|_|_|_|_|_|_|_|

Resterez-vous simultanément ❒ Salarié ❒ Salarié agricole ❒ Retraité / Pensionné ❒ Autre _____ Si à l'étranger, indiquer le pays _____

4 UNIQUEMENT POUR UNE SARL : Pour le conjoint marié ou 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 : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

5 PERSONNES DEMANDANT À BÉNÉFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DÉCLARANT Suite sur intercalaire(s) PO'

Nom de naissance et prénom	N° de Sécurité Sociale obligatoire (à défaut : date, lieu de naissance et sexe)	Lien de parenté	Enfant scolarisé oui	Enfant scolarisé non	Nationalité	Pour les étrangers de plus de 18 ans (sauf ressortissant de l'UE) N° du titre de séjour	Délivré à	Expirant le

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

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 DÉCLARANT** *Désigné au cadre 3*

❒ **LE MANDATAIRE**
nom, prénom/dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le _____

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément

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 destinataires de ce formulaire.