TNS cerfa 11686*05

Imprimer | Réinitialiser

Intercalaire

PERSONNE RELEVANT DU REGIME DES TRAVAILLEURS NON SALARIES

RESERVE AU CFE U E F K

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

1 **INFORMATIONS COMPLEM ENTAIRES DE L'IMPRIME :** ☐ M0 SARL, SELARL ☐ M0 SNC, Société en commandite ☐ M0 Société civile ☐ M2 ☐ M3 ☐ M3 SARL, SELARL ☐ TNS suite des ayants droits

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** _____ Nom d'usage _____

Prénoms _____ Qualité _____

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 _____ N° |_|_|_|

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

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 ☐ Oui ☐ Non

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 _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____ Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____ Nationalité _____

POUR UNE SARL DONT LE GERANT EST L'ASSOCIE UNIQUE ET OPTE POUR LE REGIME DES MICRO-ENTREPRENEURS

Périodicité du versement des cotisations ☐ mensuelle ☐ trimestrielle

5 **MINEUR(S) DEMANDANT À BENEFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DECLARANT**

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
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	

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*
☐ **LE MANDATAIRE**
nom, prénom / dénomination et adresse _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à _____
Le _____

SIGNATURE

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.

TNS cerfa 11686*05

Imprimer | Réinitialiser

Intercalaire

PERSONNE RELEVANT DU REGIME DES TRAVAILLEURS NON SALARIES

RESERVE AU CFE U E F K

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

1 **INFORMATIONS COMPLEM ENTAIRES DE L'IMPRIME :** ☐ M0 SARL, SELARL ☐ M0 SNC, Société en commandite ☐ M0 Société civile ☐ M2 ☐ M3 ☐ M3 SARL, SELARL ☐ TNS suite des ayants droits

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** _____ Nom d'usage _____

Prénoms _____ Qualité _____

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 _____ N° |_|_|_|

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

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 ☐ Oui ☐ Non

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 _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____ Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____ Nationalité _____

POUR UNE SARL DONT LE GERANT EST L'ASSOCIE UNIQUE ET OPTE POUR LE REGIME DES MICRO-ENTREPRENEURS

Périodicité du versement des cotisations ☐ mensuelle ☐ trimestrielle

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*
☐ **LE MANDATAIRE**
nom, prénom / dénomination et adresse _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à _____
Le _____

SIGNATURE

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.