TNS cosa N°11686*01

VOLET SOCIAL

PERSONNE RELEVANT DU REGIME DES TRAVAILLEURS NON SALARIES

RESERVE AU CFE M G U I D B E F H J K T

Déclaration n° _____

reçue le _____ **transmise le** _____

1

DEMANDE ❒ **D'AFFILIATION** ❒ **D'INTERCALAIRE** ❒ **DE MODIFICATION AU REGIME TNS DE LA PERSONNE DECLAREE AU CADRE 3**

Informations complémentaires de l'imprimé ❒ **MO** ❒ **M2** ❒ **M3** ❒ **TNS suite ayant droit**

RAPPEL D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

2

DENOMINATION SOCIALE _____

Si la déclaration complète un imprimé M2 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** est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie ❒ oui ❒ non

Pour les étrangers sauf Union Européenne : Titre de séjour n° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| délivré à _____ expirant le |_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Organisme choisi : **Assurance maladie** (Travailleurs non salariés) _____ n° |_|_|

Pour les activités industrielles ou commerciales relevant du régime ORGANIC : **caisse de retraite** ❒ Interprofessionnelle ❒ Professionnelle.

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

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

Avez-vous déposé une demande d'exonération de charges sociales liée à la création d'entreprise ❒ oui ❒ non

PERSONNES DEMANDANT A BENEFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DECLARANT Nombre d'intercalaires : |_|_|

Nom de naissance et prénom	N° de Sécurité Sociale ou, 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 Union Européenne) N° du titre de séjour	Délivré à	Expirant le
			☐	☐				
			☐	☐				
			☐	☐				
			☐	☐				
			☐	☐				
			☐	☐				
			☐	☐				

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

4

OBSERVATIONS :

5

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 pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.

❒ **LE DECLARANT** *Désigné au cadre 3*

❒ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*

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 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire pour les personnes physiques. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant auprès des organismes destinataires.

TNS cosa

N°11686*01

VOLET SOCIAL

PERSONNE RELEVANT DU REGIME DES TRAVAILLEURS NON SALARIES

RESERVE AU CFE M G U I D B E F H J K T

Déclaration n° _____

reçue le _____ **transmise le** _____

1

DEMANDE ❒ **D'AFFILIATION** ❒ **D'INTERCALAIRE** ❒ **DE MODIFICATION AU REGIME TNS DE LA PERSONNE DECLAREE AU CADRE 3**

Informations complémentaires de l'imprimé ❒ **MO** ❒ **M2** ❒ **M3** ❒❒ **TNS Suite ayant droit**

RAPPEL D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

2

DENOMINATION SOCIALE _____

Si la déclaration complète un imprimé M2 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** est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie ❒ oui ❒ non

Pour les étrangers sauf Union Européenne : Titre de séjour n° |_|_|_|_|_|_|_|_|_| délivré à _____ expirant le |_|_|_|_|_|_|_|_|

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

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

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

Avez-vous déposé une demande d'exonération de charges sociales liée à la création d'entreprise ❒ oui ❒ non

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

4

OBSERVATIONS :

5

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 pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.

❒ **LE DECLARANT** *Désigné au cadre 3* ❒ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration* ***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 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire pour les personnes physiques. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant auprès des organismes destinataires.