

TNS

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 _____

DEMANDE D'AFFILIATION D'INTERCALAIRE DE MODIFICATION AU REGIME TNS DE LA PERSONNE DECLAREE AU CADRE 3
Informations complémentaires de l'imprimé M0 M2 M3 TNS suite ayant droit

RAPPEL D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

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

NOM DE NAISSANCE _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____

Qualité _____

VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE _____

Pour les étrangers sauf Union Européenne : Titre de séjour n° _____ Votre conjoint est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie oui non
expirant le _____ délivré à _____

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

Organisme choisi : Assurance maladie (Travailleurs non salariés) _____
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 _____ Si à l'étranger, indiquer le pays _____
Resterez-vous simultanément Salarié Salarié agricole Retraité / Pensionné Autre _____ Date de cessation _____

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

Nom de naissance et prénom	N° de Sécurité Sociale ou, à défaut, date, lieu de naissance et sexe	Lien de parenté	Enfant scolarisé	Nationalité	Pour les étrangers de plus de 18 ans (sauf Union Européenne) N° du titre de séjour	Expirant le	Nombre d'intercalaires : _____

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

OBSERVATIONS :

La présente demande constitue déclaration aux organismes de sécurité sociale. Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexacts 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 _____

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.