TNS

Imprimer

Réinitialiser

cerfa N° 11686*03

# 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 ☐ M3 SARL/SELARL ☐ TNS Suite des ayants droit

## RAPPEL D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

**2 DÉNOMINATION SOCIALE** ALLIZEO WEB

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** AOUZAL **Nom d'usage**

**Prénoms** HABIBA **Qualité**

**VOTRE N° DE SÉCURITÉ SOCIALE** 2 7 2 0 2 9 9 3 5 0 3 2 7 7 3 **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 : **POUR LE CONJOINT ASSOCIÉ** : Nom de naissance

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

**5 PERSONNES DEMANDANT À BÉNÉFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DÉCLARANT** Suite sur intercalaire(s) P0'

| 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'U.E) 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 CRAINTILLEUX

Le 5 AVRIL 2012

**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.

TNS

Imprimer

Réinitialiser

cerfa

N° 11686*03

# 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 ☐ M3 SARL/SELARL ☐ TNS Suite des ayants droit

### RAPPEL D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

**2 DÉNOMINATION SOCIALE** ALLIZEO WEB

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** AOUZAL **Nom d'usage**

**Prénoms** HABIBA **Qualité**

**VOTRE N° DE SÉCURITÉ SOCIALE** 2 7 2 0 2 9 9 3 5 0 3 2 7 7 3 **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 : **POUR LE CONJOINT ASSOCIÉ** : Nom de naissance

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

**5**

### 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 CRAINTILLEUX

Le 5 AVRIL 2012

**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.