

PERSONNE RELEVANT DU REGIME DES TRAVAILLEURS NON SALARIES

Déclaration n°
reçue le _____ transmise le _____

1 DEMANDE D'AFFILIATION DE MODIFICATION AU REGIME TNS DE LA PERSONNE DECLAREE AU CADRE 3
Informations complémentaires de l'imprimé MO M2 M3

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		Nationalité	Pour les étrangers de plus de 18 ans (sauf Union Européenne)		
			oui	non		N° du titre de séjour	Délivré à	Expirant le

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

4 OBSERVATIONS :

**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.**

5 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.