



N° 11922\*02

## PERSONNE PHYSIQUE

Pour faciliter votre déclaration, vous reporter à la notice

Déclaration n° \_\_\_\_\_

Reçue le \_\_\_\_\_

Transmise le \_\_\_\_\_

1 Avez-vous déjà exercé une activité non salariée  oui  non Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification \_\_\_\_\_

REEMPLIR DANS TOUS LES CAS les cadres n° 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12 selon votre situation les cadres n° 3, 5B, 10

### DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE

2 **NOM DE NAISSANCE** \_\_\_\_\_  
 Nom d'usage \_\_\_\_\_  
 Prénoms \_\_\_\_\_  
 Pseudonyme \_\_\_\_\_  
 Nationalité \_\_\_\_\_ Sexe  M  F

Né(e) le \_\_\_\_\_  
 Dépt. \_\_\_\_\_ Commune / Pays si à l'étranger \_\_\_\_\_  
**Domicile personnel** : rés., bât., n°, voie, lieu-dit \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

### 3 AIDE AUX CHÔMEURS CRÉATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRES)

Une demande d'ACCRES est déposée avec cette déclaration, dans ce cas, vous devez remplir l'imprimé spécifique.

### DÉCLARATION RELATIVE À L'EXPLOITATION

4 **LIEU DE L'EXPLOITATION si différent du domicile :**  
 rés., bât., n°, voie, lieu-dit \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

5 **NOM DE L'EXPLOITATION** (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

5 **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ** \_\_\_\_\_

Activité principale exercée : ne cocher qu'une seule case

**CULTURE DE :**  Céréales, légumineuses, graines oléagineuses  riz  
 légumes, melons, racines et tubercules  canne à sucre  tabac  
 plantes à fibres  autres cultures non permanentes  vigne  
 fruits tropicaux et subtropicaux  agrumes  fruits à pépins et à noyaux  
 fruits oléagineux  autres fruits d'arbres ou d'arbustes, fruits à coques  
 plantes à boisson  plantes à épices aromatiques, médicinales et pharmaceutiques  
 autres cultures permanentes, préciser \_\_\_\_\_

**ÉLEVAGE DE :**  vaches laitières  autres bovins et buffles  chevaux et autres équidés  
 chameaux et autres camélidés  ovins et caprins  porcins  volailles  
 aquaculture en mer  aquaculture en eau douce  autres animaux \_\_\_\_\_

**AUTRES ACTIVITÉS :**  Culture et élevage associés  Activités des pépinières  
 Sylviculture  autre \_\_\_\_\_

**En plus de cette activité principale, exercez-vous :** une activité viticole  oui  non  
 une activité d'élevage  oui  non

6 **ORIGINE DE L'EXPLOITATION OU DE L'ACTIVITÉ :**  
 Reprise totale d'une exploitation individuelle  
 Reprise totale ou partielle d'exploitation(s) individuelle(s)  
 Poursuite de l'exploitation par le conjoint  
 Création (passer directement au cadre suivant)  
 Autre préciser \_\_\_\_\_

**Précédent exploitant :** Numéro unique d'identification \_\_\_\_\_  
 Si éleveur : N° détenteur \_\_\_\_\_  
 N° d'exploitation \_\_\_\_\_  
 Nom de naissance \_\_\_\_\_  
 Nom d'usage \_\_\_\_\_  
 Prénoms \_\_\_\_\_  
 Dénomination \_\_\_\_\_

**Le cas échéant, autre exploitant :** Numéro unique d'identification \_\_\_\_\_  
 Si éleveur : N° détenteur \_\_\_\_\_  
 N° d'exploitation \_\_\_\_\_  
 Nom de naissance \_\_\_\_\_  
 Nom d'usage \_\_\_\_\_  
 Prénoms \_\_\_\_\_  
 Dénomination \_\_\_\_\_

7 **EFFECTIF SALARIÉ :**  non  oui nombre : \_\_\_\_\_  
 Vous embauchez un premier salarié  oui  non

### DÉCLARATION SOCIALE

Pour remplir ce cadre, vous reporter à la notice

8 **VOTRE N° DE SÉCURITÉ SOCIALE** \_\_\_\_\_ Êtes-vous déjà affilié à la MSA du lieu d'exploitation  oui  non  
 Si vous êtes déjà affilié à la MSA, ne remplir que les mentions non déjà déclarées à votre caisse.  
**Votre régime d'assurance maladie actuel :**  Régime général  Agricole  Non salarié non agricole  Autre préciser \_\_\_\_\_  
**Organisme d'assurance maladie choisi :**  MSA  GAMEX  
**Resterez-vous simultanément :**  Salarié du régime général  Salarié agricole  Non salarié non agricole Lieu d'exercice : Dépt. \_\_\_\_\_ si à l'étranger : pays \_\_\_\_\_  
 Retraité  Pensionné d'invalidité  Autre \_\_\_\_\_ indiquer l'organisme qui sert la pension \_\_\_\_\_  
**Avez-vous la qualité de jeune agriculteur :**  oui  non  demande de Dotation Jeune Agriculteur (DJA)  
**Votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS :** S'il travaille régulièrement sur l'exploitation : **Choix d'un statut :**  Salarié  Collaborateur  Co-exploitant  
 Est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie  oui  non si non, le déclarer dans le cadre ci-dessous

### 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 (si pas attribué : date, lieu de naissance et sexe)	Lien de parenté	Enfant scolarisé		Nationalité	Pour les étrangers de plus de 18 ans (sauf ressortissant de l'U.E)		
			oui	non		N° du titre de séjour	Délivré à	Expirant le

### OPTION(S) FISCALE(S)

9 **RÉGIME D'IMPOSITION DES BÉNÉFICIAIRES AGRICOLES :**  Forfait  Régime réel simplifié  Régime réel normal

**TVA**  
 Remboursement forfaitaire agricole  
 Imposition obligatoire à la TVA (régime simplifié agricole)  
**Option volontaire particulière**  
 à la TVA sur l'ensemble des opérations réalisées  
 au dépôt d'une déclaration annuelle de régularisation portant sur l'exercice comptable  
**Conditions de versement de la TVA**  
 Versement d'acomptes trimestriels avec régularisation annuelle (droit commun)  
 Option pour les déclarations trimestrielles sur la base des recettes réalisées  
 Option pour les déclarations mensuelles sur la base des recettes réalisées

Certaines activités accessoires de nature agricole peuvent être imposables dans la catégorie des BIC, des BNC et être soumises au régime général de la TVA

**B.N.C**  Régime spécial BNC  Déclaration contrôlée  
**B.I.C**  Micro  Réel simplifié  Réel normal

**T.V.A** (régime général)  Franchise en base  Assujettissement à la TVA en cas d'opérations imposables sur option.  
 Réel simplifié  Option pour le dépôt d'une déclaration annuelle de régularisation portant sur l'exercice comptable.  
 Mini-réel  Option pour le dépôt de déclarations trimestrielles si TVA estimée inférieure à un plafond de 4 000 €/an.  
 Réel normal

### RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

10 **OBSERVATIONS :**

11 **ADRESSE de correspondance**  Déclarée au cadre n° \_\_\_\_\_  Autre \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_  
 Tél. \_\_\_\_\_ Fax / mèl \_\_\_\_\_

12 Le présent document vaut déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE et informations le cas échéant à l'EDE at au casier viticole.  
 La déclaration sur l'honneur est définie par la loi. Si vous remplissez délibérément cette déclaration de manière inexacte ou incomplète, vous vous exposez à des poursuites.

**LE DÉCLARANT** Désigné au cadre 2  
 **LE MANDATAIRE** ayant procuration  
 nom, prénom/dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés  
 Fait à \_\_\_\_\_  
 Le \_\_\_\_\_  
 Nombre d'intercalaire(s) P0' : \_\_\_\_\_  
 Formulaire ACCRE :  oui  non

**SIGNATURE**