



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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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 \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_  
Fax / mèl \_\_\_\_\_

Le présent document vaut déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE et informations le cas échéant à l'EDE et 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** \_\_\_\_\_