

FORMULAIRE DE RESEIGNEMENTS

MODIFICATION DE LA GERANCE

IDENTITE DU MANDATAIRE

DENOMINATION SOCIALE / NOM :

Nom et prénom de la personne en charge du dossier :

N° de téléphone :

N° de fax :

Mail :

IDENTITE DE L'ENTREPRISE

DENOMINATION SOCIALE :

NUMERO RCS :

NATURE DE L'OPERATION

Nature de la modification statutaire :

- La gérance n'est pas associée La gérance est minoritaire ou égalitaire
- La gérance est majoritaire (gérant majoritaire ou collège de gérance majoritaire) :
- Nom:
 - Prénom :
 - N° de sécurité sociale :
 - Votre conjoint est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie
 oui non

simple formalité

À VOUS VOTRE MÉTIER
À NOUS VOS FORMALITÉS

- Régime d'assurance maladie actuel :
 régime général Agricole Non salarié non agricole Autre
- Choix de l'organisme d'assurance maladie des travailleurs non salariés :
- Si exercice antérieur d'une activité non salariés :

préciser laquelle : Date de cessation :

Activité professionnelle complémentaire : Salarié Salarié agricole Retraité / Pensionné

- Uniquement Pour les 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)

Prénom	Nom	Date de naissance	Nationalité	N° de sécurité sociale

PERSONNES A AFFILIER SUR L'ASSURANCE MALADIE DU DECLARANT :

Prénom	Nom	Date de naissance	Lien de Parenté	Scolarisé	Nationalité

Le

A

Signature :