RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

CNMSS
L'engagement au service des militaires

cerfa
n° 11358*08

Toulon, le

DEPARTEMENT
IDENTIFICATION ET PRESTATIONS

Service
CNMSS/DIP //
Suivi par :
Tél : 04 94 16 36 00

Objet : **Déclaration concernant l'assuré**
Référence(s) : Article L.311-2 et L.713-5 du code de la sécurité sociale
Dossier :
P. J. :

Madame, Monsieur,

Pour permettre la mise à jour de votre situation au regard de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale, veuillez répondre **avec précision à chaque question** et renvoyer le présent formulaire **dûment complété, daté et signé**.

Réponse obligatoire

Pour le Directeur,
Par ordre,
Le responsable

REFERENCE ASSURE

NIR de l'assuré

1 - Exercez-vous **actuellement** une activité professionnelle ?

☐ NON ☐ OUI Depuis le Profession exercée : .....

Lieu de travail (1) .....

Nature de votre activité : ☐ salariée
☐ non salariée (commerciale, artisanale, libérale ou d'exploitant agricole)

Caisse d'affiliation .....

247, avenue Jacques Cartier - 83090 Toulon Cedex 9 Tél.: 04 94 16 36 00 www.cnmss.fr

2 - Avez-vous exercé antérieurement une activité professionnelle ?

☐ NON ☐ OUI du |__|__|____| au |__|__|____|

Profession exercée .....

Lieu de travail (1) .....

Nature de votre activité : ☐ salariée
☐ non salariée (commerciale, artisanale, libérale ou d'exploitant agricole)

Caisse d'affiliation .....

(1) à compléter dans le cas d'une activité exercée hors de France métropolitaine et DOM.

3 - Si vous avez cessé toute activité professionnelle, complétez les rubriques suivantes :

La cessation est-elle consécutive à une maladie ou à un accident ? ☐ NON ☐ OUI

Avez-vous perçu des indemnités journalières de la caisse de sécurité sociale à laquelle vous étiez affilié(e) ?

☐ NON ☐ OUI du |__|__|____| au |__|__|____|

La cessation est-elle consécutive à une perte d'emploi ? ☐ NON ☐ OUI

Percevez-vous ou avez-vous perçu une allocation chômage ?

☐ NON ☐ OUI du |__|__|____| au |__|__|____|

Effectuez-vous ou avez-vous effectué récemment un stage de formation professionnelle ?

☐ NON ☐ OUI *(1)* du |__|__|____| au |__|__|____|

(1) Joindre une attestation de présence au stage indiquant sa nature et ses dates limites.

4 - Etes-vous titulaire d'une pension civile (retraite ou invalidité), d'une rente ou d'une pension de vieillesse des assurances sociales ou en avez-vous demandé la liquidation ?

☐ NON ☐ OUI *(1)* depuis le |__|__|____|

Nature de cette pension .....

(1) Joindre la photocopie du titre de pension.

Je m'engage à signaler à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale, tout changement dans ma situation ci-dessus exposée et notamment la reprise éventuelle d'une activité professionnelle.

Certifié exact et sincère,
A ....., le |__|__|____|
Signature de l'assuré(e)

⇨ Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel vous disposez de droits (information, accès, rectification, opposition,.....) au regard de l'utilisation de vos données personnelles. Vous pouvez exercer vos droits auprès de la CNMSS, sur simple demande adressée par formulaire électronique, en fonction de votre statut sur le site internet de la CNMSS ou par courrier postal à : CNMSS-DGR/SJR-Délégué à la protection des données personnelles-247 av J Cartier 83090 Toulon cedex 9, en précisant l'objet de votre demande ainsi que vos nom, prénom et en joignant la copie recto-verso de votre pièce d'identité.

⇨ La sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par les organismes de sécurité sociale peuvent être vérifiées dans le cadre de l'exercice du droit de communication réglementé par les articles L114-19 et suivants du code de la sécurité sociale.

⇨ Est passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (articles 313-1, 313-2, 441-1 et 441-6 du code pénal)