



DEPARTEMENT

IDENTIFICATION ET PRESTATIONS

Service Identification

CNMSS/DIP/

//

Suivi par :

Tél : 04 94 16 36 00 - Fax : 04 94 16 38 32

AFFILIATION

EN QUALITE DE MILITAIRE RETRAITE*

Demande d'affiliation

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

- ⇒ Répondez avec précision à chaque question, notamment en cochant le carré utile
- ⇒ Conservez toute demande de remboursement de frais de soins jusqu'à réception de votre attestation de droits.
- ⇒ Lisez attentivement la notice jointe à cette demande. Elle indique :
 - les conditions à remplir et les formalités à accomplir pour bénéficier de l'affiliation à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS),
 - les pièces à joindre impérativement à l'appui de cette demande.

IDENTIFICATION

CADRE RESERVE A LA CNMSS

Nom de famille
(nom de naissance)

Nom du conjoint
(pour les femmes mariées)

Autre nom d'usage
(le cas échéant)

Prénoms
(dans l'ordre de l'état civil)

Date de naissance | | | | | | | | | |

Commune de naissance
(pour Paris, Lyon, Marseille, indiquer l'arrondissement)

Département de naissance

Territoire ou pays de naissance

Nationalité

Numéro de sécurité sociale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse actuelle
.....
.....

Code postal | | | | | | | | **Commune**.....

Date d'admission à la retraite
(dans la 2ème section pour les officiers généraux ou de mise en réforme définitive)

Armée d'appartenance Terre Air Mer Gendarmerie

Période d'affiliation antérieure à la CNMSS (à indiquer si possible)

du | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | |

Position au fichier :

Renseignements divers :

Date d'envoi :

Suite à :

*Article L.713-1 du code de la sécurité sociale.

ACTIVITES PROFESSIONNELLES

■ **Exercez-vous actuellement une activité professionnelle (y compris à l'étranger*, dans une collectivité d'outre-mer ou à Mayotte) ?**

NON

OUI ⇒ Depuis quelle date ? | | | | | | | | | | | | | |

Si vous êtes créateur d'entreprise précisez :

Statut de votre société : Rémunération : NON OUI (nature de la rémunération :)

Bénéficiaire de l'ACCRE : OUI NON

⇒ Dénomination et adresse de la caisse de sécurité sociale à laquelle vous êtes affilié(e) :

..... | | | | | | | |
Code postal Commune

*Si oui, précisez dans quel pays

■ **Avez-vous exercé une activité professionnelle après votre radiation des contrôles de l'armée (y compris à l'étranger, dans une collectivité d'outre-mer ou à Mayotte) ?**

NON

OUI ⇒ Activité professionnelle du | | | | | | | | au | | | | | | | |
du | | | | | | | | au | | | | | | | |

⇒ Précisez la **dernière** profession exercée

■ **Avez-vous été indemnisé(e) par POLE EMPLOI ou avez-vous déposé une demande d'indemnisation ?**

NON

OUI ⇒ du | | | | | | | | au | | | | | | | |

(précisez la date de début et de fin d'indemnisation)

Votre demande d'affiliation n'est pas recevable si vous avez des droits ouverts auprès d'un autre régime de sécurité sociale au titre d'une activité professionnelle.

☞ Joindre une photocopie de la dernière décision de POLE EMPLOI.

Tant que vos droits à indemnisation ne sont pas épuisés, vous devez demeurer rattaché(e) à votre caisse d'affiliation actuelle.

Dénomination et adresse de la dernière caisse de sécurité sociale à laquelle vous étiez affilié(e) :

.....
.....
..... | | | | | | | |
Code postal Commune

PENSIONS CIVILES ATTRIBUEES OU DEMANDEES

■ **Etes-vous titulaire d'une ou plusieurs pensions civiles (française ou étrangère) ?**

(Vieillesse – invalidité – accident du travail – réversion...)

NON

OUI ⇒ N'omettez pas de joindre les pièces mentionnées sur la notice (feuillelet suivant).

■ **Avez-vous demandé la liquidation d'une pension civile dont vous ne percevez pas pour l'instant les arrérages ?**

NON

OUI ⇒ Précisez la nature de cette pension :

(Vieillesse – invalidité – accident du travail – réversion...)

RESIDENCE A L'ETRANGER OU DANS UNE COLLECTIVITE D'OUTRE MER
Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Terres australes et antarctiques, Wallis-et-Futuna

Depuis quelle date résidez-vous hors de France?

Dans quel pays ou collectivité ?

Vos frais de soins sont-ils pris en charge par une caisse de sécurité sociale ?

NON

OUI

⇒ Dénomination et adresse de cette caisse :

.....

.....

Code postal

Commune

⇒ A quel titre y êtes-vous rattaché(e) ?

Avez-vous transféré définitivement votre résidence en France ?

NON ⇒ du

 au

(dates de séjours en France à préciser)

OUI ⇒ depuis le

DECLARATION

Je demande à être affilié(e) à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale en qualité de retraité(e).

Je soussigné(e) déclare sincères et véritables les renseignements que j'ai fournis à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale.

Je m'engage à lui signaler toute modification intervenant dans ma situation susceptible d'entraîner la suspension ou l'annulation de mon affiliation.

Fait à..... le

Signature :

⇒ 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)

AFFILIATION en qualité de MILITAIRE RETRAITE

☞ Les conditions obligatoires à remplir pour bénéficier de l'affiliation

1. Etre titulaire d'une pension militaire de retraite ou d'une solde de réserve d'officier Général ou d'une solde de réforme définitive et **pouvoir le justifier en produisant une des pièces demandées ci-après.**
2. Ne plus avoir de droits ouverts auprès d'un autre régime de sécurité sociale au titre d'une activité professionnelle

☞ Les formalités à accomplir pour demander l'affiliation

1. Remplir le formulaire de "Demande d'affiliation" joint. Ce formulaire est indispensable pour déterminer l'ouverture ou le maintien de vos droits.
2. Renvoyer le formulaire, daté et signé, sous enveloppe affranchie, à l'adresse indiquée ci-dessus, accompagné des pièces demandées ci-après.

☞ Les pièces à fournir à l'appui de votre demande d'affiliation

- Une photocopie du certificat d'inscription de votre pension militaire de retraite ou de votre titre de solde de réserve d'officier général ou de votre titre de solde de réforme définitive,
- Le cas échéant, une photocopie de l'intercalaire du titre de pension militaire d'invalidité, ou à défaut du plus récent certificat modèle 15 établi par le centre de réforme (document destiné au service médical en vue d'établir vos droits à remboursement à 100 % des tarifs de responsabilité pour les soins autres que ceux entraînés par la blessure ou la maladie invalidante),
- Eventuellement, une photocopie de chaque titre de pension civile (à l'exception des pensions complémentaires) comportant le numéro de référence, la nature et la date d'effet de la pension ainsi que le nombre d'années ou de trimestres ayant servi de base à sa liquidation.

Autres pièces :

- Une photocopie du dernier bulletin de paiement de la pension militaire de retraite,
- Un relevé d'identité bancaire ou de caisse d'épargne,
- Si vous ne connaissez pas votre numéro de sécurité sociale, une photocopie de votre livret de famille régulièrement tenu à jour ou une copie ou un extrait d'acte de naissance portant filiation si vous êtes né(e) hors de France,
- Eventuellement une photocopie de la dernière notification de décision de POLE EMPLOI.

Si vous souhaitez l'ouverture des droits d'un conjoint, concubin ou partenaire de PACS ou d'un enfant et que vous résidez à l'étranger, dans une collectivité d'outre-mer ou à Mayotte :

- Une photocopie du livret de famille régulièrement tenu à jour ou une copie ou un extrait d'acte de naissance
- Un formulaire d'étude de droits aux prestations pour le conjoint, concubin ou partenaire de PACS, qui transfère sa résidence ou réside à l'étranger, dans une collectivité d'outre-mer ou à Mayotte.
- Un justificatif de la situation de l'enfant ou des enfants (certificat de scolarité, par exemple).