

DEPARTEMENT

IDENTIFICATION ET PRESTATIONS

Service Identification

CNMSS/DIP/SI //

Suivi par :

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

DEMANDE D’AFFILIATION D’UNE VEUVE(VEUF)

TITULAIRE D’UNE

PENSION MILITAIRE DE REVERSION

**Article L.713-1 et D.713-1 3° du code de la
sécurité sociale**

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. Dès réception de **votre** attestation, toutes vos demandes adressées à la CNMSS devront être établies sous **VOTRE** numéro de sécurité social **PERSONNEL**.
- Lisez attentivement la notice CERFA n° 50015 jointe. Elle indique :
 - les conditions à remplir et les formalités à accomplir pour bénéficier de l’affiliation à la CNMSS,
 - les pièces à joindre impérativement à l’appui de cette demande.

IDENTIFICATION

Nom de famille
(nom de naissance)

Nom du conjoint
(veuve de – veuf de)

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

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

Adresse actuelle

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

CADRE RESERVE A LA CNMSS

Position au fichier :

Assuré(e) :

Conjoint :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MILITAIRE OUVRANT DROIT A PENSION

Nom

Prénom

Date du décès | | | | | | | | | |

Armée d’appartenance Terre Air Mer Gendarmerie

Situation à la date du décès

Militaire en activité Militaire retraité(e) Salarié(e)

Dernière caisse de sécurité sociale

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

Date d’envoi | | | | | | | | | |

Suite à :

DECLARATION

Je demande à être affilié(e) à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale en qualité de titulaire d'une pension militaire de réversion.

Je soussigné(e) déclare sincères et véritables les renseignements que j'ai fournis ci-dessus.

J'ai pris connaissance des dispositions concernant les titulaires de plusieurs pensions de réversion.

Je m'engage à porter à la connaissance de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale toute modification dans ma situation qui serait susceptible d'entraîner la suspension ou l'annulation de mon affiliation à la sécurité sociale militaire.

Fait à le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature :

IMPORTANT

⇒ La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés garantit aux personnes un droit d'accès et de rectification des données à caractère personnel les concernant.

⇒ 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).