Caisse Nationale MILITAIRE de Sécurité Sociale

Toulon, le

cerfa

N° 11355*09

Le Directeur de la Caisse nationale militaire
de sécurité sociale
à

DEPARTEMENT
IDENTIFICATION ET PRESTATIONS

Service Identification
CNMSS/DIP/SI //
Suivi par :
Tél : 04 94 16 36 00 - Fax : 04 94 16 38 32

Objet : **Déclaration concernant le conjoint**
Référence(s) :
Dossier :
P. J. :

Madame, Monsieur,

Pour permettre de déterminer si votre conjoint est susceptible de bénéficier des prestations sur votre compte *(art. L313-3 du code de la sécurité sociale)*, veuillez répondre **avec précision à chaque question** et renvoyer le présent formulaire **dûment complété**, **daté et signé**. A défaut de réponse, le droit aux prestations ne pourrait être ni ouvert ni maintenu.

Réponse obligatoire

Pour le Directeur,
Par ordre,

Le technicien de sécurité sociale.

REFERENCE ASSURE

NIR de l'assuré

1 - NOM et Prénom du conjoint : .....

Né(e) le Date du mariage Nationalité .....

Adresse : .....

Code postal Commune : .....

2 - Votre conjoint travaille-t-il actuellement ?

☐ NON

☐ OUI Depuis quelle date Profession exercée.....

Nature de son activité : ☐ salariée

☐ non salariée (commerciale, artisanale, libérale ou d'exploitant agricole)

3 - Votre conjoint a-t-il travaillé dans le passé ? ☐ NON ☐ OUI

du ___ au ___ profession et lieu : ……

du ___ au ___ profession et lieu : ……

Perçoit-il ou a-t-il perçu des indemnités journalières ?

☐ NON ☐ OUI du ___ au ___

A-t-il été placé en position de congé non rémunéré autorisé par son employeur ? *(disponibilité, congé sans traitement, etc…)*

☐ NON ☐ OUI *(1)* du ___ au ___

Bénéficie-t-il ou a-t-il bénéficié d'un congé parental ?

(1) du ___ au ___

Bénéficie-t-il ou a-t-il bénéficié d'une allocation de libre choix d'activité ?

(1) du ___ au ___

(1) *Dans ce cas, joindre une photocopie du document lui accordant le congé ou l'allocation.*

4 - Perçoit-il ou a-t-il perçu des allocations de chômage ?

☐ NON ☐ OUI du ___ au ___

Depuis la date de fin d'indemnisation, a-t-il poursuivi la recherche d'un emploi en qualité de demandeur d'emploi inscrit à POLE EMPLOI ?

☐ NON ☐ OUI Précisez le cas échéant, jusqu'à quelle date ? ___

5 - Est-il titulaire d'une pension de retraite ou d'invalidité, d'une allocation de vieillesse (à l'exclusion des retraites complémentaires), d'une allocation d'adulte handicapé ?

☐ NON ☐ OUI (1) à compter du ___

(1) *Dans ce cas, joindre une photocopie du document lui accordant l'allocation ou la pension*

6 - Indiquez, le cas échéant, son numéro de sécurité sociale : ___

Adresse de sa Caisse de sécurité sociale (actuelle ou ancienne) ……

……

Code postal ___ Commune ……

Certifié exact et sincère,

A ..... . , le ___

Signature de l'assuré(e) ou du déclarant,

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 nominatives 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)*