

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 séparé ou l'ex-conjoint  
Référence(s) :  
Dossier :  
P. J. :

Madame, Monsieur,

Pour permettre de déterminer si vous êtes susceptible de bénéficier des prestations sur le compte de l'assuré (*art L.313-3 ou L.161-15 du code de la sécurité sociale*) dont le numéro est rappelé ci-dessus, 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.

Pour le Directeur,  
Par ordre,

**Réponse obligatoire**

Le technicien de sécurité sociale.

REFERENCE ASSURE

NIR de l'assuré

**1** - NOM et Prénom de l'assuré : .....

Vos NOM et prénom : .....

Votre adresse : .....

Code postal :  Commune .....

Situation actuelle :  Séparé(e) depuis le

Divorcé(e) depuis le

**2 - Travaillez-vous actuellement ?**

NON

OUI Depuis quelle date / /  Profession exercée.....

Nature de votre activité :  salariée

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

**3 - Avez-vous travaillé dans le passé ?**

NON

OUI

Du / /  au / /  profession et lieu :.....

Du / /  au / /  profession et lieu :.....

Percevez-vous ou avez-vous perçu des indemnités journalières ?

NON

OUI

du / /  au / /

Avez-vous été placé(e) en position de congé non rémunéré autorisé par votre employeur ?

(disponibilité, congé sans traitement, etc...)

NON

OUI

(1) du / /  au / /

Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'un congé parental ?

(1) du / /  au / /

Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'une allocation de libre choix d'activité ?

(1) du / /  au / /

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

**4 - Percevez-vous ou avez-vous perçu des allocations de chômage ?**

NON

OUI

du / /  au / /

Depuis la date de fin d'indemnisation, avez-vous 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 - Etes-vous 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 vous accordant l'allocation ou la pension.

**6 - Indiquez, le cas échéant, votre numéro de sécurité sociale**

Adresse de votre Caisse de sécurité sociale (actuelle ou ancienne) .....

Code postal  Commune .....

Certifié exact et sincère,

A ....., le / /

Signature du déclarant

⇒ 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)