Caisse Nationale MILITAIRE de Sécurité Sociale

Toulon, le

cerfa

n° 11358*07

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 48

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**. 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 - 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)

⇨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)