

ACTIVITES PROFESSIONNELLES

⚠ **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 salariée.**

■ Exercez-vous actuellement une activité professionnelle ?

NON

OUI ⇒ Depuis quelle date ?

S'agit-il d'une activité professionnelle :

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

⇒ Précisez la profession exercée

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

.....

Code postal

Commune

■ Avez-vous exercé une activité professionnelle après votre radiation des contrôles de l'armée ?

NON

OUI ⇒ Activité salariée du au

du au

⇒ Activité professionnelle non salariée (*profession commerciale, artisanale, libérale ou d'exploitant agricole*)

du au

du au

⇒ Précisez la **dernière** profession exercée

⇒ La cessation est-elle consécutive à une maladie ou à un accident ?

NON

OUI ⇒ Avez-vous perçu des indemnités journalières (prestations en espèces) ?

NON

OUI ☞ Joindre une photocopie de l'attestation de la caisse qui vous a versé ces prestations en indiquant de date à date la période indemnisée.

⇒ La cessation est-elle consécutive à une perte d'emploi ?

NON

OUI ⇒ Avez-vous été indemnisé(e) à ce titre 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)

☞ 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

Précisez jusqu'à quelle date vous avez bénéficié du remboursement de vos frais de soins auprès de cette caisse :

☞ Joindre une photocopie de votre dernière attestation de droits.

PENSIONS CIVILES ATTRIBUEES OU DEMANDEES

■ Etes-vous titulaire d'une ou plusieurs pensions civiles ?

(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 métropole ? | | | | | | | | | |

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

OUI

⇒ depuis le | | | | | | | | | |

Effectuez-vous en France un séjour temporaire ?

NON

OUI

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

DECLARATION

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

⇒ 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)

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 salariée.

☞ 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,
- Une photocopie de l'attestation de droits la plus récente délivrée par votre dernière caisse de sécurité sociale civile,
- 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,
- Le cas échéant, une photocopie de l'attestation de la caisse qui vous a versé des prestations en espèces, précisant de date à date la durée de l'indemnisation faisant suite à la cessation de votre activité,
- Eventuellement une photocopie de la dernière notification de décision de POLE EMPLOI.

Pour les membres de votre famille dont vous souhaiteriez la prise en charge en qualité d'ayant droit par la CNMSS :

- Une photocopie du livret de famille régulièrement tenu à jour ou une copie ou un extrait d'acte de naissance,
- Une déclaration concernant le conjoint – Imprimé CERFA 11355 (Référence 40141-DIP),
- Un certificat de scolarité pour les enfants âgés de 16 à 20 ans.