RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

CNMSS
L'engagement au service des militaires

cerfa
n° 10074*08

DEPARTEMENT
IDENTIFICATION ET PRESTATIONS

Service
CNMSS/DIP //
Suivi par :
Tél : 04 94 16 36 00

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

Veuillez compléter et retourner le questionnaire ci-dessous accompagné des pièces justificatives demandées sur la notice (cerfa 50015)

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** .....

Pays ou COM.....

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) ☐ Activité professionnelle civile

Dernière caisse de sécurité sociale .....

.....

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

CADRE RESERVE A LA CNMSS

Position au fichier :

Assuré(e) :

NIR :

Nom prénom :

Conjoint :

NIR :

Nom prénom :

Date d'envoi :

29/06/2021

Suite à :

ACTIVITE PROFESSIONNELLE

■ **Exercez-vous actuellement une activité professionnelle ? (y compris à l'étranger, dans une collectivité d'outre-mer ou à Mayotte) ?**

☐ NON

☐ OUI ⇨ Depuis quelle date : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

→ S'agit-il d'une activité professionnelle :

☐ salariée ☐ non salariée (profession commerciale, artisanale, libérale ou d'exploitant(e) 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 dans le passé ? (y compris à l'étranger, dans une collectivité d'outre-mer ou à Mayotte) ?**

☐ NON

☐ OUI ⇨ ☐ Activité salariée : du |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| au |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

du |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| au |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

⇨ ☐ Activité professionnelle non salariée
(profession commerciale, artisanale, libérale ou d'exploitant(e) agricole) :

du |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| au |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

du |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| au |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

⇨ Précisez la **dernière** profession exercée : .....

⇨ Dénomination et adresse de la 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 votre dernière attestation de droits.**

<u>Si vous avez cessé toute activité depuis moins de 3 ans, répondez aux questions complémentaires suivantes</u> : ⇩

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

☐ NON

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

Tant que vos droits à indemnisation ne sont pas épuisés, vous devez demeurer rattaché(e) à votre caisse d'affiliation actuelle.

☐ NON

☐ OUI ⇨ Joindre une 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 ?

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 professionnelle

☐ NON

☐ OUI ⇨ du |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| au |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Précisez la date de début et de fin d'indemnisation.
Joindre une photocopie de la dernière décision de POLE EMPLOI.

AVANTAGES ATTRIBUES OU DEMANDES

Retraite – Vieillesse – Invalidité – Accident du travail...

■ **Etes-vous titulaire d'une ou plusieurs pensions civiles ? (Françaises ou étrangères)**

➥ **de réversion ?**

☐ NON

☐ OUI ⇨ *Joindre impérativement la photocopie de chaque titre de pension.*

➥ **du fait d'un droit personnel ?**

☐ NON

☐ OUI ⇨ *Joindre impérativement la photocopie de chaque titre de pension.*

■ **Avez-vous demandé la liquidation d'un de ces avantages dont vous ne percevez pas pour l'instant les arrérages ?**

☐ NON

☐ OUI ⇨ ☐ du fait d'une activité personnelle

⇨ ☐ à titre de réversion

Date de la demande |__|__|__|__|__|__|__|__|

RESIDENCE A L'ETRANGER, A MAYOTTE OU DANS UNE COLLECTIVITE D'OUTRE MER

(Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Wallis et Futuna, Saint-Pierre-et-Miquelon)

■ Depuis quelle date résidez-vous hors de France ? |__|__|__|__|__|__|__|__|

■ Dans quel pays ou territoire ?.....

■ 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 de titulaire d'une pension militaire de réversion.

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

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

⇨ *Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel vous disposez de droits (information, accès, rectification, opposition,.....) au regard de l'utilisation de vos données personnelles. Vous pouvez exercer vos droits auprès de la CNMSS, sur simple demande adressée par formulaire électronique, en fonction de votre statut sur le site internet de la CNMSS ou par courrier postal à : CNMSS-DGR/SJR-Délégué à la protection des données personnelles-247 av J Cartier 83090 Toulon cedex 9, en précisant l'objet de votre demande ainsi que vos nom, prénom et en joignant la copie recto-verso de votre pièce d'identité.*

⇨ *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).*