

DEPARTEMENT  
IDENTIFICATION ET PRESTATIONS

Service Identification  
CNMSS/DIP/SI //

Suivi par :

Tél : 04 94 16 36 00 - Fax : 04 94 16 38 48

## 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

- Répondez avec précision à chaque question, notamment en cochant le carré utile ☐.
- Conservez toute demande de remboursement de frais de soins jusqu'à réception de votre attestation de droits. Dès réception de **votre** attestation, toutes vos demandes adressées à la CNMSS devront être établies sous **VOTRE** numéro de sécurité social **PERSONNEL**.
- Lisez attentivement la notice CERFA n° 50015 jointe. Elle indique :
  - les conditions à remplir et les formalités à accomplir pour bénéficier de l'affiliation à la CNMSS,
  - les pièces à joindre impérativement à l'appui de cette demande.

### 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** .....

### CADRE RESERVE A LA CNMSS

Position au fichier :

Assuré(e) : .....

Conjoint : .....

### 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) ☐ Salarié(e)

**Dernière caisse de sécurité sociale** .....

**Numéro de sécurité sociale**

Date d'envoi

Suite à :

■ **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(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 ?**

☐ 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.

**Si vous avez cessé toute activité depuis moins de 3 ans,**

**répondez aux questions complémentaires suivantes :** ↓

⇒ 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 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.**

**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.**

**AVANTAGES ATTRIBUES OU DEMANDES**  
**Retraite – Vieillesse – Invalidité – Accident du travail...**

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

↳ 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   

A l'attention des veuves (veufs) titulaires de plusieurs pensions de réversion  
(articles L.161-6 et R.161-1 du code de la sécurité sociale)

Si votre conjoint était affilié depuis au moins trois ans à un régime de sécurité sociale civil, vous pouvez :

■ Soit continuer à bénéficier de ce régime en demandant votre affiliation, en qualité de veuve(veuf) titulaire d'une pension de réversion, à la caisse dont relevait votre conjoint,

■ Soit, si vous le souhaitez, obtenir votre affiliation à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale. Votre pension militaire doit, dans ce cas, rémunérer le plus grand nombre d'annuités. Cette option peut être faite à tout moment, mais une fois exprimée, elle aura un caractère définitif.

**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 métropole ?   

■ 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.*

*J'ai pris connaissance des dispositions concernant les titulaires de plusieurs pensions de réversion.*

*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

⇒ 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 à caractère personnel les concernant.