

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 le conjoint

Référence(s) :

Dossier :

P. J. :

Madame, Monsieur,

Pour permettre de déterminer si votre conjoint est susceptible de bénéficier des prestations sur votre compte (*art. L313-3 du code de la 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.

**1 - NOM et Prénom du conjoint** : .....

Né(e) le         Date du mariage         Nationalité .....

Adresse : .....

Code postal       Commune : .....

**2 - Votre conjoint travaille-t-il actuellement ?**

☐ NON

☐ OUI Depuis quelle date       Profession exercée .....

Nature de votre activité : ☐ salariée

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

**3 -** Votre conjoint a-t-il travaillé dans le passé ? ☐ NON ☐ OUI

du | | | | | au | | | | | profession et lieu : .....

du | | | | | au | | | | | profession et lieu : .....

Perçoit-il ou a-t-il perçu des indemnités journalières ?

☐ NON ☐ OUI du | | | | | au | | | | |

A-t-il été placé en position de congé non rémunéré autorisé par son employeur ? (*disponibilité, congé sans traitement, etc...*)

☐ NON ☐ OUI (1) du | | | | | au | | | | |

Bénéficie-t-il ou a-t-il bénéficié d'un congé parental ?

(1) du | | | | | au | | | | |

Bénéficie-t-il ou a-t-il bénéficié d'une allocation de libre choix d'activité ?

(1) du | | | | | au | | | | |

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

**4 -** Perçoit-il ou a-t-il perçu des allocations de chômage ?

☐ NON ☐ OUI du | | | | | au | | | | |

Depuis la date de fin d'indemnisation, a-t-il 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 -** Est-il 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 lui accordant l'allocation ou la pension

**6 -** Indiquez, le cas échéant, son numéro de sécurité sociale : | | | | |

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

.....

Code postal | | | | | Commune .....

Certifié exact et sincère,

A ..... , le | | | | |

Signature de l'assuré(e) ou du déclarant,

### 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 nominatives les concernant.

⇒ Est passible d'amende ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (art. L114-13 du code de la sécurité sociale, 441-1 du code pénal).