

DEPARTEMENT

IDENTIFICATION ET PRESTATIONS

Service Identification

CNMSS/DIP/SI

//

Suivi par :

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

**AFFILIATION**

**EN QUALITE DE MILITAIRE RETRAITE\***

**Demande d'affiliation**

### 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.
- ⇒ Lisez attentivement la notice jointe à cette demande. Elle indique :
  - les conditions à remplir et les formalités à accomplir pour bénéficier de l'affiliation à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS),
  - les pièces à joindre impérativement à l'appui de cette demande.

### IDENTIFICATION

**Nom de famille** .....  
(nom de naissance)

**Nom du conjoint** .....  
(pour les femmes mariées)

**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** .....

**Nationalité** .....

**Numéro de sécurité sociale**

**Adresse actuelle** .....  
.....

**Code postal**       **Commune** .....

**Date d'admission à la retraite** .....  
(dans la 2ème section pour les officiers généraux ou de mise en réforme définitive)

**Armée d'appartenance** ☐ Terre ☐ Air ☐ Mer ☐ Gendarmerie

**Période d'affiliation antérieure à la CNMSS (à indiquer si possible)**

du         au

### CADRE RESERVE A LA CNMSS

Position au fichier :

.....  
.....

Date de fin de droits :

Renseignements divers :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Date d'envoi

Suite à :

.....  
.....  
.....  
.....

\*Articles L.713-1 du code de la sécurité sociale.

## 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)

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

☞ Joindre une photocopie de la dernière décision de POLE EMPLOI.

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 (feuillet 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...)

### NOTA

☞ Les titulaires de plusieurs pensions de retraite ou de vieillesse peuvent :

- soit rester affiliés à la caisse d'assurance maladie de la dernière activité exercée, à la condition d'y avoir été rattachés pendant les trois dernières années ;

- soit demander expressément leur affiliation à la CNMSS, leur pension militaire devant dans ce cas, rémunérer le plus grand nombre d'annuités ; cette option peut être faite à tout moment, mais une fois exprimée, elle a un caractère définitif.

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

### Mayotte, 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.**

**J'ai pris connaissance des dispositions visées au **nota** ci-dessus concernant les titulaires de plusieurs pensions.**

**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.

⇒ 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).

## 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.