



## ACTIVITES PROFESSIONNELLES

### ■ 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 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 (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 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.

**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.**

**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

## PENSIONS CIVILES ATTRIBUEES OU DEMANDEES

### ■ Etes-vous titulaire d'une ou plusieurs pensions civiles (française ou étrangère) ?

(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 France?      | | | | | | | | | |

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 de 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 à caractère personnel 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)