

AFFILIATION AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE DES MARINS



Pour bénéficier de l'affiliation au régime de prévoyance des marins, vous devez :

- **être identifié(e)** comme marin par les services de l'État chargés de la mer **et** occuper un emploi à bord d'un navire professionnel battant pavillon français, ou être résident français et occuper un emploi à bord d'un navire professionnel battant pavillon d'un État tiers, ou être en formation initiale dans un établissement d'enseignement maritime,
- ou, dans certaines conditions, **être titulaire** d'une pension d'assurance vieillesse ou de prévoyance des marins.

Vous devez remplir un certain nombre de formalités

→ 1 - Remplir le présent formulaire (RPM337)

Ces informations sont indispensables pour déterminer l'ouverture de vos droits.

→ 2 - fournir les pièces justificatives selon votre situation :

- copie du livret de famille ou extrait de naissance (avec filiation et traduit en français si vous êtes né(e) hors de l'Union européenne),
- copie de l'attestation de droit du régime de protection sociale en cours,
- relevé d'identité bancaire à votre nom,
- relevé d'identité bancaire au nom de l'ayant droit majeur ou compte joint pour les conjoint(e)s, pacsé(e)s et concubin(e)s,
- justificatif de résidence stable : quittance de loyer, facture d'énergie, de téléphonie fixe, attestation d'hébergement... couvrant le semestre précédant votre demande,
- titre de séjour ou récépissé d'une demande de titre de séjour, ou visa avec vignette de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII),
- copie du contrat de travail ou de professionnalisation si vous êtes salarié(e),

- copie du contrat de Pacs, ou attestation sur l'honneur de situation de concubinage ou copie de l'acte de mariage,
- certificat de scolarité ou d'apprentissage, pour les enfants de plus de 16 ans dont vous avez la charge,
- certificat médical d'inaptitude pour les enfants de plus de 16 ans dont vous assumez la charge.

→ 3 - Adresser le dossier complet à :

- **Si vous êtes élève/étudiant(e) dans un établissement d'enseignement maritime**, l'imprimé daté et signé et les pièces justificatives sont à remettre avec votre dossier d'inscription dès la rentrée.

- **Pour toutes les autres situations**, vous devez renvoyer/déposer le formulaire daté et signé accompagné de toutes les pièces justificatives demandées :

✉ **CPM Saint-Malo**
Quai Solidor,
35415 Saint-Malo cedex

@ gesben-cpm1.sdpo@enim.eu

✉ ou Direction départementale des territoires et de la mer ou Direction de la mer la plus proche de votre résidence.

DEMANDE D’AFFILIATION AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE DES GENS DE MER

RPM/337

Articles L.5551-1 et L.5551-2 du code des transports
Article L.161-1 du code de la sécurité sociale
Article 2 du décret du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation
et à l’unification du régime d’assurance des marins modifié

ASSURÉ(E)

État civil

Nom (nom de famille de naissance, suivi s’il y a lieu du nom d’usage) :

Prénom(s) :

Nationalité :

N° de sécurité sociale :

N° pension Enim* :

N° de marin* :

Renseignements complémentaires concernant la personne née à l’étranger

Pays de naissance : _____ Province : _____

Nom du père : _____

Nom de naissance de la mère : _____

1^{er} prénom du père : _____

1^{er} prénom de la mère : _____

Adresse / Coordonnées

N° : _____ Voie : _____

Commune : _____ Code postal : Pays : _____

Mail : _____ @ _____ Téléphone :

Acceptez-vous d’être contacté(e) par mail ? : OUI NON Par téléphone ? : OUI NON

Activité

Pension

Bénéficiez-vous, à titre personnel, de pension(s) de retraite ou d’invalidité ? : OUI NON

Si oui, laquelle (ou lesquelles) ? : _____

Depuis quelle(s) date(s) ? :

Affiliation

Êtes-vous affilié(e) à un régime de sécurité sociale autre que celui des gens de mer ? : OUI NON

Si oui, lequel ? : _____

Dans cette hypothèse, vous devez avoir recours à cet organisme. Dans le cas d’un refus de prise en charge de sa part, merci de nous adresser une copie de la notification de ce refus.

* le cas échéant

AVRIL 2017

MEMBRES DE LA FAMILLE

Conjoint(e), concubin(e), pacsé(e).
(À compléter suivant votre situation familiale).

État civil

Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance :

Activité

Exerce-t-il (elle) actuellement une activité professionnelle ? : OUI NON

Si oui, laquelle ? _____

Depuis quelle date ? :

Est-il (elle) inscrit(e) au registre du commerce ou des métiers ? : OUI NON

Si non, quelle est sa dernière activité ? _____

Date de cessation :

Est-il (elle) inscrit(e) à Pôle Emploi ? : OUI NON

Date d'inscription :

Pension

Bénéficie-t-il (elle), à titre personnel, de pension(s) de retraite ou d'invalidité ? : OUI NON

Si oui, laquelle (ou lesquelles) ? : _____

Depuis quelle(s) date(s) ? :

Affiliation

Est-il (elle) affilié(e) à un régime de sécurité sociale autre que celui des gens de mer ? : OUI NON

Si oui, lequel ? : _____

Depuis quelle date ? :

Dans cette hypothèse, vous devez avoir recours à cet organisme. Dans le cas d'un refus de prise en charge de sa part, merci de nous adresser une copie de la notification de ce refus.

Avez-vous des enfants à charge ?

(enfant mineur, enfant poursuivant ses études, enfant atteint d'infirmité ou de maladie chronique étant dans l'impossibilité permanente d'exercer une activité salariée) pour lesquels vous adressez ou êtes susceptible

d'adresser des demandes de remboursement de soins : OUI NON

Si oui, indiquez pour chacun d'eux :

Nom	Prénoms (d'état civil)	Date de naissance

Avez-vous d'autres membres de la famille à charge ?

(ascendant, descendant, collatéral jusqu'au troisième degré, qui vit à votre domicile dans les conditions prévues au 3° de l'article L161-1 du code de la sécurité sociale) autres que votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) et les enfants désignés ci-dessus pour lesquels vous adressez ou êtes susceptible d'adresser des demandes de remboursement de soins :

OUI NON

Si oui, indiquez pour chacun d'eux :

Nom	Prénoms (d'état civil)	Lien avec l'assuré(e)	Date de naissance

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Je m'engage à signaler tout changement ultérieur qui interviendrait dans ma situation.

Fait à _____ Le _____ Signature de l'assuré(e)

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir des avantages indus (articles 313.-1 à 313-3, 433-19, 441-6 et 446-7 du code pénal). En outre l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données concernant auprès de votre organisme maladie.