

Centre des Cotisations des marins et armateurs

DOSSIER relatif à la taxation en DTA :

- A COMPLETER PAR L'ARMATEUR ET LE MARIN CONCERNE,
- A TRANSMETTRE OBLIGATOIREMENT A LA DML D'ARMEMENT

*Toute demande non validée par la DML sera renvoyée*

**DEMANDE DE RECTIFICATION DE SERVICES AU TRIMESTRE**

- Article L 5553-15 du code des transports, Articles L.711-2 et 244-3 du CSS
- Article 8 et 8-1 du décret 53-953 du 30 septembre 1953 portant concernant l'organisation administrative et financière de l'établissement national des invalides de la marine
- Décret 67-690 du 7 août 1967 relatif aux conditions d'exercice de la profession de marin.

- **NOM, PRENOM :** ..... **Qualité :**

du demandeur

marin salarié   
marin non salarié   
armateur

- **Motif de la demande :**

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

- Informations relatives au marin faisant l'objet de la demande de rectification :

<i>NOM et Prénom du marin</i>	<i>N° marin</i>	<i>N° navire</i>	<i>Réf. armement</i>
.....	.....	.....	.....

- Informations relatives à ses services :

Objet de la rectification : .....

	<i>Catégorie</i>	<i>Fonction</i>	<i>Code position ou libellé</i>	<i>Période(s) concernée(s)</i>	<i>Nombre de jours</i>
<b>Déclaration initiale</b> données avant rectification					
<b>Déclaration rectificative</b> données après rectification					

*A noter : toute demande de rectification doit être accompagnée des pièces justificatives, à savoir fiches de paie des périodes concernées, contrat de travail, déclaration de criée, copie de livret de bord, etc.*

A compléter par le demandeur :

Je soussigné ..... certifie exacte la déclaration rectificative et m'engage à payer à l'Enim, le cas échéant les contributions patronales et/ou des cotisations salariales dues au titre du régime d'assurance vieillesse des marins et du régime de prévoyance.

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

signature :

**A compléter par le marin : si celui-ci n'est pas le demandeur**

Je soussigné ..... reconnaît cette demande de rectification conforme aux services réellement effectués et m'engage à accepter le cas échéant le paiement des cotisations salariales dues au titre du régime d'assurance vieillesse des marins et au régime de prévoyance.

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

signature :

**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION :**

**DML :**

**Date réception de la demande :**

.....

Le Directeur Départemental des Territoires et de La Mer donne son accord à la demande indiquée ci-dessus.

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

signature du chef de service :

**Pièces justificatives jointes :**

Bulletin(s) de salaire de la période considérée

Contrat de travail

Autre(s) à préciser : .....  
.....  
.....

**CCMA :**

Dossier référencé sous le n°: .....

**Pour tout contact**

Pôle des Déclarations des données sociales

Tél. 02 99 82 98 05

Courriel : [dta-ccma.sdpo@enim.eu](mailto:dta-ccma.sdpo@enim.eu)

**Décision :**

- Accord de la demande
- Refus de la demande pour le motif suivant : .....  
.....
- Demande de pièces ou informations complémentaires : .....  
.....
- Transmission à la sous-direction des affaires juridiques de l'Enim pour avis

A Saint-Malo, le .....

signature du chef de centre