

ANNEXE II.

FORMULAIRE À DESTINATION DES DEMANDEURS RÉSIDANT EN MÉTROPOLE
POUR SAISIR LA COMMISSION DE RÉFORME.

FORMULAIRE À RENVOYER (voir adresse en fin de document)

DANS UN DÉLAI MAXIMUM DE QUINZE JOURS FRANCS

(le constat provisoire doit être conservé par le ressortissant)

Je, soussigné(e) :

Domicilié(e) :

Mon adresse mail : Coordonnées tél. :

ai pris connaissance du constat provisoire de mes droits à pension d'invalidité.

⁽¹⁾ J'accepte le constat provisoire des droits à pension et demande qu'une décision soit prise sur la base de ce document en me réservant le droit de recours ultérieur contre la décision définitive.

OU

⁽¹⁾ J'exprime mon désaccord avec le constat provisoire et je souhaite que ma demande soit examinée par la commission de réforme des pensions militaires d'invalidité (CRPMI)

⁽¹⁾ sur pièce à La Rochelle.
Ou
 ⁽¹⁾ en ma présence ⁽²⁾ à l'Institution Nationale des Invalides, à Paris.

Je suis en désaccord avec le constat provisoire pour les raisons suivantes :

Précisez ici les motifs de votre désaccord (dans le cas d'une aggravation récente, veuillez déposer une nouvelle demande).

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

Je joins les pièces non communiquées au moment de la demande pour mon passage devant la CRPMI :

Précisez ici les pièces jointes au formulaire en retour à la sous-direction des pensions.

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

⁽¹⁾ Veuillez mettre une croix dans la case de l'option choisie.

⁽²⁾ Seuls les frais de transport sont pris en charge, à l'exclusion des frais d'hébergement.

Nota. A retourner à la sous-direction des pensions du ministère des armées, commission de réforme des pensions militaires d'invalidité, 5, place de Verdun, BP 60 000, 17016 La Rochelle Cedex 1. En cas de non-retour de ce document dans le délai prescrit, les propositions formulées seront réputées être acceptées par le demandeur à pension.