# DEMANDE DE PENSION D'ASCENDANTS

***CODE DES PENSIONS MILITAIRES D'INVALIDITE***

***ET DES VICTIMES DE LA GUERRE***

◯ **EN TANT QUE PÈRE OU PERSONNE AYANT ELEVE L'ENFANT**

◯ **EN TANT QUE MERE OU PERSONNE AYANT ELEVE L'ENFANT**

**Suite au décès de votre enfant qui était :** ◯ **Militaire** ◯ **Victime civile**

## PERE

**A compléter en majuscules**

Nom de famille ou d'usage

Prénom(s)

Date et lieu de naissance

Situation de famille :

◯ célibataire ◯ marié ◯ divorcé ◯ remarié ◯ veuf ◯ séparé de corps ◯ pacsé

Etes-vous infirme ou atteint d'une maladie incurable ? ◯ OUI ◯ NON

## MERE

**A compléter en majuscules**

Nom de famille ou d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date et lieu de naissance

Situation de famille :

◯ célibataire ◯ mariée ◯ divorcée ◯ remariée ◯ veuve ◯ séparée de corps ◯ pacsée

Etes-vous infirme ou atteinte d'une maladie incurable ? ◯ OUI ◯ NON

## VOS COORDONNEES

**Renseignements obligatoires**

Adresse

Téléphone Portable

Courriel

**Tout changement de coordonnées doit être signalé à la sous-direction des pensions le plus rapidement possible.**

**IMPORTANT :**

Ce formulaire ainsi que les documents pouvant être fournis par vos soins, doivent être adressés à la sous-direction des pensions :

**Sous-direction des pensions - 5 Place de Verdun – BP 60000 - 17016 LA ROCHELLE CEDEX 1**
**Renseignements et contacts : 05 46 50 23 37 – Télécopie : 05 46 50 22 58**
**Courriel : sdp.info-conseils.fct@intradef.gouv.fr**

## PENSION DEMANDEE AU TITRE DU DECES DE : _____

Nom

Prénom(s)

Date et lieu de naissance

Dépt  Pays

Pour un militaire, précisez : Grade

Armée :

Date du décès :

Lien du défunt avec le (ou les) demandeur(s) : ◯ enfant ◯ petit-enfant ◯ enfant recueilli

Avez-vous à charge un ou plusieurs enfants de moins de 20 ans ? ◯ Oui ◯ Non

Avez-vous à charge un ou plusieurs enfants infirmes ? ◯ Oui ◯ Non

*Ne concerne que la mère*

Recevez-vous une pension d'ascendant au titre d'un autre enfant ? ◯ Oui ◯ Non

**Si OUI :**

Nom

Prénom(s)

Date et lieu de naissance

Le défunt a-t-il un conjoint survivant ? ◯ Oui ◯ Non des orphelins ? ◯ Oui ◯ Non

**Si OUI, indiquez leurs noms et adresses dans le ou les tableaux ci-dessous :**

◯ CONJOINT ◯ ORPHELIN

Nom Prénom(s)

Adresse

◯ CONJOINT ◯ ORPHELIN

Nom _____ Prénom(s)

Adresse

**Je certifie que les renseignements donnés dans le présent formulaire sont exacts.**

Fait à le

**Signature(s) du ou des demandeur(s) :**
(dans le cas d'une mise sous tutelle ou curatelle, signature de son représentant [1])

[1] *Joindre le jugement de mise sous tutelle ou curatelle et le certificat de non recours*

## PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE A LA DEMANDE

### AUTORISATION DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX

**A renseigner que si vous n'avez pas l'âge requis (55 ans pour la mère, 60 ans pour le père) et que vous êtes atteint d'une infirmité :**

**Pour vous monsieur coordonnées de votre médecin traitant[2]** :

- Nom : ……...

Adresse : ……...Téléphone : …….....

**Pour vous madame coordonnées de votre médecin traitant[2]** :

- Nom : ……...

Adresse : ……...Téléphone : …….....

**J'autorise la communication de tous documents à caractère médical** à un médecin conseil expert de la sous-direction des pensions, sous enveloppe « secret médical », afin que mon dossier puisse être instruit en toute connaissance de cause et le plus rapidement possible.
**Je reconnais avoir connaissance du fait que je peux demander communication des pièces médicales** ayant motivé la décision prise par l'administration.

**Fait, le**

**Signature (s) de la (ou des) personnes concernées**

### *PIECES D'ETAT CIVIL*

- Copie de l'acte de naissance
- ou extrait de naissance avec mentions marginales
- ou copie de la carte nationale d'identité en cours de validité, ou passeport, ou certificat de nationalité

### *PIECES ADMINISTRATIVES*

**DANS TOUS LES CAS :**

- Demande de pension complétée, datée et signée
- Copie complète de l'avis d'imposition de l'année considérée
- Le cas échéant, jugement de tutelle et certificat de non recours suite à ce jugement.

**POUR L'ASCENDANTE SEULEMENT qui ne remplit pas la condition d'âge (55 ans) et qui a à sa charge un enfant âgé de moins de 20 ans ou infirme :**

- Attestation établie par la caisse des allocations familiales indiquant la personne physique qui assure la charge effective et permanente de l'enfant concerné

### *PIECES MEDICALES*

- Certificat médical mentionnant avec exactitude l'infirmité (ou les infirmités) dont est atteint le demandeur, la date d'apparition de celle-ci, si la condition d'âge n'est pas satisfaite.

---

[2] *Conformément à la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, au décret n°2002-637 du 29 avril 2002, relatifs à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé, et en accord avec l'article 50 du décret 95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de Déontologie Médicale.*