DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITE

Formulaire n° 3

CODE DES PENSIONS MILITAIRES D'INVALIDITE

ET DES VICTIMES DE LA GUERRE

☐ **Militaire radié des cadres ou des contrôles**

☐ **Victime civile**

☐ **1ère demande** ☐ **Infirmité nouvelle** ☐ **Renouvellement** ☐ **Aggravation**

☐ **Majoration tierce personne** ☐ **Révision taux du grade** ☐ **Majoration pour enfant**

ETAT CIVIL

A compléter en lettres majuscules

☐ M. ☐ Mme

Nom de famille ou d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date et lieu de naissance

Dépt Pays

N° de sécurité sociale

N° de dossier à la sous-direction des pensions (si vous le connaissez)

Situation de famille : ☐ célibataire (ou concubinage) ☐ marié(e) ☐ divorcé(e) ☐ veuf(ve) ☐ pacsé(e)

Cadre réservé à l'administration

Demande reçue le :

☐ Office national des anciens combattants

☐ Sous-direction des pensions

☐ Ambassade ou consulat

☐ Autres (à préciser)

Visa :

Cadre réservé au demandeur

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

Fait à ……

Le |__|__|__|__|__|__|__|__|

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

☞ **Ne pas oublier de signer également la 5ème page**

IMPORTANT :
Ce formulaire ainsi que les documents pouvant être fournis par vos soins, doivent être adressés :
- pour les résidents en France, en Algérie, Maroc et Tunisie : au service départemental de l'ONAC compétent : www.onac-vg.fr/ rubrique carte de France ;
- pour les résidents à l'étranger autre que l'Algérie, Maroc et Tunisie : à la SDP

Sous-direction des pensions – 5 PLACE DE VERDUN – BP 60000 - 17016 LA ROCHELLE CEDEX 1
Renseignements et contact : 05 46 50 23 37 – Télécopie : 05 46 50 22 58
Courriel : sdp.info-conseils.fct@intradef.gouv.fr

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

VOS COORDONNEES

Renseignements obligatoires

Adresse civile

Téléphone personnel ou professionnel Portable

Courriel

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

SITUATION MILITAIRE

Lieu de recrutement Classe Appelé du contingent

Matricule

Indiquez votre dernier grade

Quelle est la dernière unité à laquelle vous avez appartenu (préciser) :

Terre Air Mer Gendarmerie Services communs

Date de radiation des cadres ou des contrôles

VICTIME CIVILE

Etes-vous titulaire d'une carte listée ci-dessous ? *(Veuillez joindre une copie de cette carte)*

- du combattant
- de prisonnier du Viet Minh
- de déporté résistant
- d'interné résistant
- d'incorporé de force dans l'armée allemande
- de déporté politique
- d'interné politique
- de personne contrainte au travail en pays ennemi
- de captif de l'Algérie
- du combattant volontaire de la résistance
- certificat d'appartenance aux F.F.I
- de patriote résistant à l'occupation du Rhin et de la Moselle en camps spéciaux
- autres

1ERE DEMANDE OU INFIRMITE NOUVELLE

« Doit être obligatoirement rempli »

Quelle(s) infirmité(s)[2] souhaitez-vous faire expertiser ? Précisez la date et le lieu géographique d'apparition de votre (vos) blessure(s) ou maladie(s)

*(Renseignement obligatoire + joindre un certificat médical descriptif précisant la (ou les) infirmité (s) à examiner ainsi que toutes les pièces médicales se rapportant à la blessure ou la maladie détenues par l'intéressé notamment : billet d'hospitalisation, compte-rendu opératoire, de radios, d'IRM, de scanners... **mais pas les clichés**).*

RENOUVELLEMENT

Je sollicite le renouvellement de ma pension

*(Préciser quelle(s) infirmité(s) et joindre toutes les pièces médicales se rapportant à la blessure ou la maladie détenues par l'intéressé notamment : billet d'hospitalisation, compte-rendu opératoire, de radios, d'IRM, de scanners... **mais pas les clichés,** depuis la dernière concession).*

[2] Blessure(s) ou maladie(s)

AGGRAVATION

☐ **Je sollicite l'examen de mes droits pour l'aggravation d'une ou plusieurs infirmité(s) déjà pensionnée(s).** Préciser la ou les infirmités visées
(Joindre obligatoirement un certificat médical descriptif précisant la (ou les) infirmité (s) à examiner ainsi que les documents médicaux prouvant la continuité de soins dans le cas d'une infirmité ancienne et toutes les pièces médicales nouvelles justifiant l'aggravation).

TIERCE PERSONNE

☐ **Je sollicite le bénéfice de la majoration de la tierce personne**. En effet la ou les infirmités pour laquelle ou pour lesquelles je suis pensionné(e) me mette(nt) dans l'impossibilité de faire seul(e) les actes essentiels de la vie courante.
(Joindre obligatoirement un certificat médical descriptif faisant ressortir la nécessité de la tierce personne et le lien avec les infirmités pensionnées).

Je prends note du fait que cette majoration sera suspendue en cas d'hospitalisation

REVISION TAUX DU GRADE – MAJORATION POUR ENFANTS

☐ **Je demande la révision de ma pension au taux du grade**
(Joindre obligatoirement une copie de l'arrêté de radiation des contrôles)

- ◯ suite à ma radiation des cadres ou des contrôles, le :
- ◯ suite à mon placement en détachement ou hors cadre, le :
- ◯ suite à ma position statutaire sans solde, le :

☐ **Je sollicite l'examen de mes droits, pour mes enfants** ci-dessous mentionnés, au titre des articles L. 19 et L. 20 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre :
(Joindre obligatoirement une copie intégrale de l'acte de naissance de l'enfant et une copie du livret de famille, le cas échéant l'acte d'adoption)

Nom et prénoms des enfants	Filiation [3]	Date de naissance	Enfant Infirme [4]	Date de décès (le cas échéant)	Prise en charge de l'enfant	
					Date de début	Date de fin

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Etes-vous déjà bénéficiaire d'une rente pour accident du travail ou d'un capital ? ◯ Oui ◯ Non
(Joindre une copie des pièces justificatives)

Avez-vous déposé une demande d'indemnisation actuellement en cours d'instruction auprès d'un autre organisme ? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, préciser le nom et l'adresse de cet organisme :

Avez-vous déjà déposé une demande de pension ? ◯ Oui ◯ Non

Décision : ◯ Attribution ◯ Rejet

N° de cette pension

[3] *Précisez légitime, naturel reconnu, adopté ou recueilli*
[4] *Précisez OUI ou NON*

PIECES NECESSAIRES A L'INSTRUCTION DU DOSSIER

		1ère demande	Renouvellement	Aggravation	Infirmité nouvelle	Taux du grade	Tierce personne	Cadre réservé au demandeur	Cadre réservé à la SDP
Etat civil	Copie de la carte nationale d'identité en cours de validité ou passeport, ou certificat de nationalité ou extrait d'acte de naissance ou livret de famille	X						☐	☐
	Jugement de tutelle ou de curatelle et certificat de non-recours	X	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	☐	☐
	Pour les victimes civiles : pièces justificatives de nationalité au moment des faits et à la date de la demande	X						☐	☐
Pièces administratives	Demande de pension	X	X	X	X	X	X	☐	☐
	Etat signalétique et des services à jour comportant la durée et la désignation des campagnes dans les territoires extérieurs ou séjours OPEX	X	X	X	X	X	X	☐	☐
	Copie du contrat d'engagement dans la réserve pour les réservistes	X		X (2)	X			☐	☐
	Arrêté portant la radiation des cadres ou des contrôles pour les militaires non titulaires d'une pension de retraite :	X		X	X	X		☐	☐
	Fin d'engagement ou fin de contrat pour les engagés contractuels.	X		X	X	X		☐	☐
	Carte du combattant	X	X (1)	X (1)	X (1)			☐	☐
	Rapport circonstancié contemporain des faits visé par le commandement (*obligatoirement renseigné au recto et au verso*) et extrait du registre des constatations **Important** : pour un ESPT joindre la fiche de suivi post-opérationnel.	X X		X (2) X (2)	X X			☐	☐
	Pièces justificatives de rente ou versement d'un capital au titre de l'infirmité demandée	X		X	X		X	☐	☐
Accident de sport	Note de service accompagnée de la liste nominative des participants programmant l'activité (ou copie du cahier de service pour les gendarmes, ou du carnet de bord pour la marine)	X		X (2)	X			☐	☐
	Extrait du journal du club (CSA ou club civil)	X		X (2)	X			☐	☐
	Carnet de sauts	X		X (2)	X			☐	☐
	Licence (CSA ou club civil)	X		X (2)	X			☐	☐
	Ordre de service individuel pour les sports comportant des risques particuliers (parachutisme, équitation, delta-plane…)	X		X (2)	X			☐	☐
Accident de trajet/ circulation/ covoiturage	Ordre de mission ou document précisant la position du militaire (titre de permission, etc.)	X		X (2)	X			☐	☐
	Procès-verbal de gendarmerie, de police, ou constat amiable	X		X (2)	X			☐	☐
	Plan de l'itinéraire emprunté en précisant les lieux de départ, d'arrivée et de l'accident	X		X (2)	X			☐	☐
	Déclaration sur l'honneur en cas de responsabilité d'un tiers	X		X (2)	X			☐	☐
	Déclaration de co-voiturage + noms des personnes	X		X (2)	X			☐	☐
Pièces médicales	Copie du livret médical avec les pièces annexes (dont livret médical réduit, fiche de sélection incorporation, relevé VSA)	X	X (3)	X (3)	X (3)			☐	☐
	Certificat médical précisant la ou les infirmité(s) à examiner. **En cas d'impossibilité physique de se déplacer chez l'expert ou en cas de nécessité d'un VSL pour s'y rendre, joindre un certificat médical le précisant**	X X	 X	X X	X X		X X	☐	☐
	Toutes pièces se rapportant à l'infirmité (billet d'infirmerie, d'hospitalisation, compte-rendu opératoire, de radios, d'IRM de scanners… **mais pas les clichés)**	X	X	X (4)	X			☐	☐
	Documents médicaux prouvant la continuité de soins dans le cas d'une infirmité ancienne.	X		X	X			☐	☐

X pièces à joindre à votre demande de pension (1) à produire uniquement si n'a pas été communiquée à la SDP lors d'une demande précédente (2) à produire uniquement si l'aggravation demandée est dû à un fait nouveau (nouvel accident…) (3) produire uniquement les pages du livret médical postérieures à l'étude précédente (4) produire les pièces médicales se rapportant à l'aggravation de l'infirmité.

PIECES NECESSAIRES A L'INSTRUCTION DU DOSSIER (Suite)

		1ère demande	Renouvellement	Aggravation	Infirmité nouvelle	Taux du grade	Tierce personne	Cadre réservé au demandeur	Cadre réservé à la SDP
Victimes civiles	Copie du constat officiel (gendarmerie, préfecture…) ou de tous documents contemporains des faits relatant les circonstances, le lieu et la date de l'évènement.	X						☐	☐
	Tout document justifiant les faits à l'origine de la blessure ou de la maladie (rapport, pièces détenues par un service d'archives, articles de presse, témoignages…)	X						☐	☐
	Copie du procès-verbal de transaction comportant le détail des montants perçus par le fonds de garantie.	X		X (1)	X (1)		X (1)	☐	☐
Radiations nucléaires	Relevés dosimétriques	X			X (1)			☐	☐
Exposition à l'amiante	Attestation d'exposition à l'amiante.	X			X			☐	☐

PIECES NECESSAIRES A L'INSTRUCTION DE LA MAJORATION POUR ENFANT

		Demande de majoration pour enfant ou pour enfant infirme avant 18 ans	Demande de majoration pour enfant infirme à compter de 18 ans	Cadre réservé au demandeur	Cadre réservé à la SDP
Etat-civil	Copie du livret de famille	X	X	☐	☐
	Extrait de l'acte de naissance de l'enfant	X	X	☐	☐
	Si enfant adopté : jugement d'adoption	X	X	☐	☐
	Si enfant protégé : jugement de tutelle ou curatelle et le certificat de non-recours	X	X	☐	☐
	Si enfant naturel reconnu : extrait d'acte de naissance de l'enfant avec la mention de reconnaissance par le titulaire de la pension	X	X	☐	☐
Pièces administratives	Demande de majoration pour enfant	X	X	☐	☐
	Carte d'invalidité de l'enfant avec période de validité en cours ou définitive		X	☐	☐
	Bulletins de salaire de l'enfant (année en cours + année précédente)		X	☐	☐
Pièce médicale	Certificat d'un médecin précisant le handicap et la date d'apparition		X	☐	☐

X pièces à joindre impérativement à votre demande de pension - (1) à produire uniquement si n'a pas été communiquée à la SDP lors d'une demande précédente

AUTORISATION DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX

"Renseignements indispensables pour initier votre demande de pension"

Coordonnées de votre médecin traitant[5] - Nom :

Adresse :

Téléphone :

J'autorise la communication de tous documents à caractère médical ou paramédical (dossier médical, ordonnances, duplicatum de billet d'hôpital, feuilles d'observations, compte-rendu opératoire, de radios…) à un médecin chargé des PMI 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 médico-administratives ayant motivé la décision prise par l'administration.

Date et Signature :

[5] *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.*