

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	Date de naissance	Enfant Infirmes ³ <i>oui non</i>	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 OUI ou NON

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE A LA DEMANDE

AUTORISATION DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX

Coordonnées de votre médecin traitant⁶ - 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 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.

Date et Signature :

PIECES D'ETAT CIVIL A FOURNIR PAR LE DEMANDEUR LORS D'UNE PREMIERE DEMANDE

- 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 A FOURNIR PAR LE GSBdD

DANS TOUS LES CAS :

- Etat signalétique et des services à jour comportant notamment la durée et la désignation des campagnes dans les territoires extérieurs ou des séjours effectués dans le cadre d'OPEX
- Rapport circonstancié contemporain des faits visé par le commandant de formation administrative (certificat d'origine de la blessure ou de la maladie pour les marins)
- Extrait du registre des constatations

SELON LE CAS :

1. ACCIDENT DE TRAJET

- Titre de permission ou document précisant la position du militaire vis-à-vis du service
- Procès-verbal de gendarmerie ou de police – copie du constat amiable
- Plan de l'itinéraire emprunté par le militaire précisant les lieux de départ, d'arrivée et de l'accident
- Le cas échéant, déclaration sur l'honneur en cas de responsabilité d'un tiers
- En cas de co-voiturage, la note du commandement qui reconnaît l'itinéraire du co-voiturage + noms des personnes
- En cas d'accident de la circulation survenu en service, ordre de mission avec mention de l'itinéraire conseillé

2. ACCIDENT DE SPORT

- Note de service programmant l'activité et la liste nominative des participants (annexe de la note : itinéraire emprunté et/ou la liste des participants)
- Selon le cas, extrait du registre journal du club vérifiant que l'activité a été effectuée et/ou le carnet de sauts
- Selon le cas, copie de la licence délivrée lors de l'année de l'accident ou du certificat médical autorisant la pratique de l'activité lorsque la licence n'est pas exigée
- Copie de l'ordre de service individuel pour les sports comportant des risques particuliers : parachutisme, équitation, delta-plane...

3. RESERVISTE

- Copie de la convocation avec les dates de début et de fin de la période

4. EXPOSITION A L'AMIANTE

- Attestation d'exposition à l'amiante.

PIECES MEDICALES A FOURNIR PAR LE GSBdD

- **Livret médical** et toutes les pièces annexes (dont livret médical réduit, fiche de sélection incorporation)
- Certificat de visite ou certificat médical précisant la (ou les) infirmité (s) à examiner

PIECES NECESSAIRES POUR UN RENOUELEMENT DE PENSION

- Pages du livret médical depuis la dernière demande de pension
- Etat signalétique et des services à jour.

⁶ 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.