



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 invalide 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 invalide 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 traitant² :

- Nom :

Adresse :Téléphone :

Pour vous madame coordonnées de votre médecin traitant² :

- 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.