

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

1^{ERE} DEMANDE OU INFIRMITÉ NOUVELLE

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**).

.....

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	Date de naissance	Enfant Infirmes ³	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

AUTORISATION DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX

Coordonnées de votre médecin traitant⁴ - 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 A FOURNIR PAR LE DEMANDEUR LORS DE LA PREMIERE DEMANDE

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
- pour les victimes civiles, pièces justificatives de nationalité au moment des faits et à la date de la demande.

PIECES ADMINISTRATIVES NECESSAIRES POUR LES MILITAIRES NON TITULAIRES D'UNE PENSION DE RETRAITE

- Arrêté portant la radiation des cadres ou des contrôles
- Fin d'engagement ou fin de contrat pour les engagés ou les contractuels
- 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

PIECES ADMINISTRATIVES EN RELATION AVEC L'INFIRMITE INVOQUEE

DANS TOUS LES CAS

- 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 LES 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)
- Extrait du registre journal du club vérifiant que l'activité a été effectuée et/ou le carnet de sauts
- 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. 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
- 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...)

4. EXPOSITION A L'AMIANTE

- Attestation d'exposition à l'amiante.

PIECES MEDICALES

- Toutes pièces médicales se rapportant à la blessure ou la maladie détenues par l'intéressé notamment : billet d'hospitalisation – séjour à l'infirmerie, compte-rendus opératoire
- Documents médicaux prouvant la continuité de soins dans le cas d'une infirmité ancienne (compte-rendu opératoire, de radios, d'IRM, de scanners... **mais pas les clichés**)

⁴ 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.