



# DEMANDE DE REVISION DE PENSION DE REVERSION AU TITRE DU CODE DES PENSIONS MILITAIRES D'INVALIDITE ET DES VICTIMES DE LA GUERRE

En qualité de

CONJOINT

PARTENAIRE

Suite au décès de

MILITAIRE

VICTIME CIVILE

## RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

Nom de famille ou d'usage

Nom de naissance

Prénoms (s)

Date et lieu de naissance

Dépt Pays

N° de sécurité sociale

Adresse

Téléphone Portable

Courriel

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

## MAJORATION DE PENSION DEMANDEE AU TITRE DU DECES DE

Nom de famille ou d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date et lieu de naissance

Dépt Pays

Date du décès :

N° de la pension invalidité précédemment accordée :

Si vous estimez pouvoir bénéficier de la majoration prévue par l'article L.52-2 (tierce personne),  
**veuillez impérativement compléter, dater, signer et joindre la déclaration sur l'honneur objet de l'annexe 1**

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 <sup>1</sup>)

### **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 – Courriel : [sdp.info-conseils.fct@intradef.gouv.fr](mailto:sdp.info-conseils.fct@intradef.gouv.fr)**

DIRECTION DES RESSOURCES  
HUMAINES DU MINISTÈRE DE LA DÉFENSE

<sup>1</sup> Joindre le jugement de mise sous tutelle ou curatelle et le certificat de non recours