



DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITE

CODE DES PENSIONS MILITAIRES D'INVALIDITE

ET DES VICTIMES DE LA GUERRE

Formulaire
n° 2

Procédure expérimentale réservée aux militaires en activité de service

Si vous disposez de tous les renseignements nécessaires à l'instruction de votre

Renouvellement

Aggravation

Vous avez la possibilité d'adresser votre demande, en recommandé avec accusé de réception de préférence, à :

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@intra.def.gouv.fr

ATTENTION : Ce formulaire est réservé uniquement pour les demandes de renouvellement et/ou d'aggravation isolées, si votre demande concerne aussi d'autres instances (1^{ère} demande, infirmité nouvelle, majoration tierce personne, révision du taux de grade, majoration pour enfants...), veuillez utiliser le

Formulaire
n° 1

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 marié(e) divorcé(e) veuf(ve) pacsé(e)
(ou concubinage)

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 3ème page

Cadre réservé à l'administration

Reçu à la SDP le

Visa

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

VOS COORDONNEES

Renseignements obligatoires

Adresse civile

Adresse militaire

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

Matricule Grade

Unité à laquelle vous appartenez :

.....

Terre	Air	Mer	Gendarmerie	Services communs
-------	-----	-----	-------------	------------------

Mutation prévue Oui Non A compter du

Lieu de votre prochaine affectation

Etes-vous titulaire de la carte du combattant ? Oui Non *(Joindre une copie)*

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).*

.....

.....

.....

Je sollicite le renouvellement 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

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).

.....

.....

.....

.....

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 :

.....

Renseignements concernant votre pension militaire d'invalidité actuellement indemnisée :

N° de cette pension | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

AUTORISATION DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX

“Renseignements indispensables pour initier votre demande de révision de pension”

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 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 :

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.

PIECES NECESSAIRES A L'INSTRUCTION DU DOSSIER

		Renouvellement	Aggravation	Cadre réservé au pensionné		Cadre réservé à la SDP
				Documents joints	Documents à fournir d'ici 3 semaines	
Etat-civil	Jugement de tutelle ou de curatelle et certificat de non-recours	<input checked="" type="checkbox"/> (1)	<input checked="" type="checkbox"/> (1)			
Pièces administratives	Demande de pension	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			
	Copie du contrat d'engagement dans la réserve pour les réservistes		X (2)			
	Carte du combattant	<input checked="" type="checkbox"/> (1)	<input checked="" type="checkbox"/> (1)			
	Rapport circonstancié contemporain des faits visé par le commandement (<i>obligatoirement renseigné au recto et au verso</i>) et extrait du registre des constatations Important : pour un ESPT joindre la fiche de suivi post-opérationnel.		X (2)			
	Pièces justificatives de rente ou versement d'un capital au titre de l'infirmité demandée		<input checked="" type="checkbox"/>			
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 (2)			
	Extrait du journal du club (CSA ou club civil)		X (2)			
	Carnet de sauts		X (2)			
	Licence (CSA ou club civil)		X (2)			
	Ordre de service individuel pour les sports comportant des risques particuliers (parachutisme, équitation, delta-plane...)		X (2)			
Accident de trajet/ circulation/ covoiturage	Ordre de mission ou document précisant la position du militaire (titre de permission, etc.)		X (2)			
	Procès-verbal de gendarmerie, de police, ou constat amiable		X (2)			
	Plan de l'itinéraire emprunté en précisant les lieux de départ, d'arrivée et de l'accident		X (2)			
	Déclaration sur l'honneur en cas de responsabilité d'un tiers		X (2)			
	Ordre de mission éventuel		X (2)			
	Déclaration de co-voiturage + noms des personnes		X (2)			
Pièces médicales	Copie du livret médical avec les pièces annexes (dont livret médical réduit, fiche de sélection incorporation, relevé VSA)	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			
	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 (4)			
	Documents médicaux prouvant la continuité de soins dans le cas d'une infirmité ancienne.		X			

Obligatoire mais non nécessaire pour initier la demande / X Obligatoire et nécessaire pour initier la demande / (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.