



**Pour vous aider**  
**Sous-direction des pensions**  
5 place de Verdun - BP 60000  
17016 LA ROCHELLE CEDEX 1  
Tél. 05 46 50 23 37  
Tél. (33) (0) 5 46 50 23 37  
[sdp.info-conseils.fct@intradef.gouv.fr](mailto:sdp.info-conseils.fct@intradef.gouv.fr)

## DEMANDE DE PENSION D'ASCENDANTS au titre du décès d'un ou d'une

- militaire    victime civile de guerre    victime d'acte de terrorisme

(Livre 1, Titre IV du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre)

en qualité de :

- père ou personne ayant élevé l'enfant                       mère ou personne ayant élevé l'enfant

Cadre 1 ►		Père	
Nom d'usage :		Prénom :	
Nom de naissance :			
Date de naissance :			
Lieu de naissance :		N° département :	Pays :
Situation de famille :			
<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> remarié <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> séparé de corps <input type="checkbox"/> partenaire d'un PACS			

Cadre 2 ►		Mère	
Nom d'usage :		Prénom :	
Nom de naissance :			
Date de naissance :			
Lieu de naissance :		N° département :	Pays :
Situation de famille :			
<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> mariée <input type="checkbox"/> divorcée <input type="checkbox"/> remariée <input type="checkbox"/> veuve <input type="checkbox"/> séparée de corps <input type="checkbox"/> partenaire d'un PACS			

Cadre 3 ►		Coordonnées	
Adresse :			
Tél domicile :		Portable :	
E-mail :			

**Cadre 4 ►****Pension demandée  
au titre du décès de :**

Nom d'usage :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

N° département :

Pays :

Date du décès :

Lien du défunt avec le (ou les) demandeurs :  enfant  petit-enfant  enfant recueilliSi vous avez moins de 60 ans, avez-vous à charge un ou plusieurs enfants de moins de 21 ans ?  OUI  NON

Si OUI, veuillez joindre une attestation établie par la Caisse d'allocations familiales (CAF) indiquant la personne physique qui assure la charge effective et permanente de cet ou ces enfants.

Si vous avez moins de 60 ans, avez-vous à charge un ou plusieurs enfants infirmes ?  OUI  NON

Si OUI, veuillez joindre une attestation établie par la Caisse d'allocations familiales (CAF) indiquant la personne physique qui assure la charge effective et permanente de cet ou ces enfants.

Percevez-vous une pension d'ascendants au titre d'un autre enfant ?  OUI  NON

Si OUI, veuillez compléter les renseignements suivants :

Nom d'usage :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Le défunt a-t-il un conjoint survivant ?  OUI  NONLe défunt a-t-il un ou des enfants survivants ?  OUI  NON

Si OUI, veuillez compléter les renseignements suivants :

Il s'agit d'un  conjoint  orphelin

Nom d'usage :

Prénom :

Nom de naissance :

Adresse :

Il s'agit d'un  conjoint  orphelin

Nom d'usage :

Prénom :

Nom de naissance :

Adresse :

## Cadre 5 ►

## Informations importantes

Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions de l'article L.151-5 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre :

« Les renseignements médicaux ou pièces médicales dont la production est indispensable pour l'examen des droits définis au présent livre sont communiqués sur leur demande aux services administratifs chargés de l'instruction des demandes de pension, de la liquidation et de la concession des pensions, dans des conditions de confidentialité et de respect du secret médical définies par décret en Conseil d'Etat.

Les pensionnés et demandeurs de pension ont droit à obtenir communication des documents médicaux mentionnés au premier alinéa ainsi que des documents les concernant établis dans le cadre de l'examen de leurs droits à pension. »

A renseigner uniquement si vous avez moins de 60 ans et que vous êtes atteint d'une maladie incurable ou entraînant une incapacité permanente de travail :

Les coordonnées de mon médecin sont :

Docteur :

Adresse :

Téléphone :

e-mail :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la sous-direction des pensions du ministère des armées. Ce fichier permet le traitement des demandes de pensions d'invalidité formulées en application du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. Les réponses apportées aux questions figurant dans ce formulaire revêtent un caractère obligatoire pour un traitement facilité de votre demande. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant la sous-direction des pensions 5 place de Verdun BP 60000 17016 La Rochelle CEDEX 1.

Date

signature

(n'oubliez pas de signer)

*Dans le cas d'une mise sous tutelle ou curatelle, signature du représentant*

### **Cadre réservé à l'organisme recevant la présente demande :**

Nom de l'organisme et cachet :

Date de réception :

### **Tableau A - Pièces complémentaires à fournir**

<b>Etat civil</b>	Copie de l'acte de naissance ou extrait d'acte de naissance avec les mentions marginales à jour ou copie de la carte d'identité nationale en cours de validité ou copie du passeport ou certificat de nationalité française
	<b>Si concerné</b> : Jugement de tutelle du demandeur et le certificat de non recours suite à ce jugement
<b>Pièces administratives</b>	Copie complète du dernier avis d'imposition sur les revenus
<b>Pièces médicales</b>	<b>Si vous avez moins de 60 ans et que vous ou votre conjoint ou partenaire êtes atteint d'une maladie incurable ou entraînant une incapacité permanente de travail</b> : certificat médical mentionnant avec exactitude la ou les infirmités avec la date d'apparition