

**Pour vous aider**

**Service des pensions et des risques professionnels**  
BP 60000 - 17016 La Rochelle Cedex 1  
Tél. : 05 46 50 23 37 ou depuis l'étranger : (33) (0) 5 46 50 23 37  
drh-md-sr-rh-sprp-info-conseils.correspondant.fct@intradef.gouv.fr

**DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITE  
VICTIMES CIVILES DE GUERRE ou PERSONNES ASSIMILEES AUX MILITAIRES**

(Livre 1, Titre V, chapitres Ier et II du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre)

**Vous souhaitez formuler une demande (cocher la case correspondante) :**

- 1<sup>ère</sup> demande** (art. L. 124-18 du code précité) (se référer aux cadres 1, 2, 3, 7 et tableau A) *Vous n'avez pas de pension.*
- Infirmité nouvelle** (art. L. 124-18 du code précité) (se référer aux cadres 1, 2, 3, 7 et tableau A) *Vous avez déjà une pension et vous demandez l'indemnisation d'une autre infirmité.*
- Renouvellement** (art. L. 124-18 du code précité) (se référer aux cadres 1, 2, 4 et 7) *Votre infirmité est indemnisée temporairement pour 3 ans, vous demandez le renouvellement 6 mois avant la fin de la période triennale.*
- Révision pour aggravation** (art. L. 154-3 et R.154-2 du code précité) (se référer aux cadres 1, 2, 5 et 7) *Vous avez déjà une pension et l'infirmité indemnisée s'est aggravée.*
- Nécessité de l'aide d'une tierce personne** (art. L. 133-1, R.133-1 et R.133-2 du code précité) (se référer aux cadres 1, 2, 6 et 7) *Cette demande peut être déposée à tout moment.*

Si vous le connaissez, veuillez préciser votre numéro de dossier attribué par le service des pensions et des risques professionnels :

| Cadre 1 ►   | Votre identité                    |
|---|-----------------------------------|
| Nom d'usage : .....   | Prénom : .....                    |
| Nom de naissance : .....  |                                   |
| Date de naissance : .....   | Lieu de naissance : .....         |
| Pays : .....  |                                   |
| Situation de famille :  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Célibataire ou concubinage   | <input type="checkbox"/> Marié(e) |
| <input type="checkbox"/> Divorcé(e)   | <input type="checkbox"/> Veuf(ve) |
| <input type="checkbox"/> Pacsé(e)   |                                   |
| Adresse : .....   |                                   |
|   |                                   |
| Tél domicile : .....  | Portable : .....                  |
| E-mail : .....  |                                   |
| N° de sécurité sociale : .....  |                                   |
| <i>Tout changement d'adresse doit être signalé au service des pensions et des risques professionnels.</i> |                                   |

**Cadre 2 ►****Renseignements**

**Etes-vous titulaire de l'une des cartes ou titres listées ci-dessous ?**

- OUI *Cocher la case correspondante*  
 NON

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Déporté résistant ou politique   | <input type="checkbox"/> Interné résistant ou politique                |
| <input type="checkbox"/> Prisonnier du Viet-Minh  | <input type="checkbox"/> Victime de la captivité en Algérie            |
| <input type="checkbox"/> Combattant volontaire de la résistance                                       | <input type="checkbox"/> Personne contrainte au travail en pays ennemi |
| <input type="checkbox"/> Patriote résistant à l'occupation du Rhin et de la Moselle en camps spéciaux |  |
| <input type="checkbox"/> Incorporé de force dans l'armée allemande                                    | <input type="checkbox"/> Autres : précisez .....                       |

*Si vous avez répondu OUI, joindre une copie de cette carte uniquement si vous ne l'avez pas déjà communiquée à la sous-direction des pensions lors d'une précédente demande.*

**Cadre 3 ►****1<sup>ère</sup> demande ou infirmité nouvelle**

Quelle blessure (s) ou maladie (s) souhaitez-vous faire examiner ?

Date et lieu d'apparition de cette ou ces infirmités :

*Joindre un certificat médical descriptif précisant la ou les infirmités demandées ainsi que toutes les copies des pièces médicales en votre possession s'y rapportant (pour les examens radiologiques ou autres, n'envoyer qu'une copie du compte-rendu et conserver les clichés)..*

**Cadre 4 ►****Renouvellement**

Précisez-la ou les infirmités devant faire l'objet d'une expertise médicale :

*Joindre toutes pièces médicales nouvelles depuis la dernière expertise (pour les examens radiologiques ou autres, n'envoyer qu'une copie du compte-rendu et conserver les clichés).*

**Cadre 5 ►****Aggravation**

Précisez-la ou les infirmités devant faire l'objet d'une expertise médicale :

*Joindre un certificat médical descriptif précisant la ou les infirmités aggravées et toutes pièces médicales nouvelles justifiant une aggravation (pour les examens radiologiques ou autres, n'envoyer qu'une copie du compte-rendu et conserver les clichés).*

**Cadre 6 ►****Nécessité de l'aide d'une tierce personne**

Je demande l'étude de l'article L.133-1 du code précité :

*« Les invalides que leurs infirmités rendent incapables de se mouvoir, de se conduire ou d'accomplir les actes essentiels de la vie et qui, vivant chez eux, sont obligés de recourir d'une manière constante aux soins d'une tierce personne, ont droit, à une allocation spéciale, à une majoration égale au quart de la pension. Cette majoration est portée au montant de la pension pour les invalides atteints d'infirmités multiples dont deux au moins leur auraient assuré, chacune prise isolément, le bénéfice de l'allocation mentionnée au premier alinéa. Dans le cas où ils sont hospitalisés, la majoration cesse d'être servie pendant la durée de l'hospitalisation. »*  
*Joindre un certificat médical descriptif justifiant le besoin de l'aide d'une tierce personne du fait de la ou des infirmités pensionnées.*

**Cadre 7 ►****Renseignements complémentaires**

Etes-vous déjà bénéficiaire d'une rente ou avez-vous déjà perçu un capital au titre d'un autre régime pour la ou les affections objets de la présente demande?

OUI       NON

*Si OUI, joindre une copie des pièces justificatives précisant l'affection et le montant de la rente ou du capital.*  
Avez-vous déposé une demande d'indemnisation relative à la ou aux affections concernées dans la présente demande, et qui serait actuellement en cours d'instruction auprès d'un autre organisme ?

OUI       NON

Si OUI, précisez le nom et l'adresse de l'organisme :

**Cadre 8 ►****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. »*

Les coordonnées de mon médecin sont :

Docteur :

Adresse :

Téléphone :

e-mail :

*Si je suis dans l'impossibilité physique de me déplacer chez le ou les experts ou si un véhicule sanitaire léger (VSL) ou ambulance est nécessaire pour m'y rendre, je joins un certificat médical le précisant.*

*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 le service des pensions et des risques professionnels 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*

**Dès lors que vous êtes titulaire d'une pension d'invalidité au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, vous pouvez demander une majoration pour votre ou vos enfants, soumise à conditions. Une demande de majoration pour enfant(s) doit alors être complétée.**

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

Nom de l'organisme et cachet :

Date de réception :

**Tableau A - Pièces complémentaires nécessaires à l'instruction du dossier**

|  |   | 1 <sup>ère</sup> demande | Renouvellement   | Aggravation      | Infirmité nouvelle | Tierce personne |
|--|---|--------------------------|------------------|------------------|--------------------|-----------------|
| <b>Etat civil</b>  | Copie de la carte nationale d'identité en cours de validité ou passeport, ou certificat de nationalité ou extrait d'acte de naissance ou livret de famille        | X                        |                  |                  |                    |                 |
| <b>Si concerné :</b><br>c o p i e d u<br>j u g e m e n t d e<br>t u t e l l e o u d e<br>c u r a t e l l e e t<br>c e r t i f i c a t d e<br>n o n - r e c o u r s<br><br>P i è c e s<br>j u s t i f i c a t i v e s d e<br>n a t i o n a l i t é a u<br>m o m e n t d e s<br>f a i t s e t à l a d a t e<br>d e l a d e m a n d e | X   | X <sup>(1)</sup>         | X <sup>(1)</sup> | X <sup>(1)</sup> | X <sup>(1)</sup>   |                 |
| <b>Pièce administrative</b>  | Copie du constat officiel (gendarmerie, préfecture...) ou de tous documents contemporains des faits relatant les circonstances, le lieu et la date de l'évènement | X                        |                  |                  | X <sup>(1)</sup>   |                 |
| Tout document justifiant les faits à l'origine de la blessure ou de la maladie (rapport de police ou de gendarmerie, articles de presse, témoignages...)   | X   |                          |                  | X <sup>(1)</sup> |                    |                 |
| <b>Pièce médicale</b>  | Toutes pièces se rapportant à l'infirmité (billet d'infirmier, d'hospitalisation, compte-rendu opératoire, de radios, d'IRM, de scanners ...)                     | X                        |                  |                  | X <sup>(1)</sup>   |                 |

|   |                              |   |  |                  |                  |  |
|---|------------------------------|---|--|------------------|------------------|--|
|   | <b>mais pas les clichés)</b> |   |  | X <sup>(1)</sup> |                  |  |
| Documents médicaux prouvant la continuité de soins dans le cas d'une infirmité ancienne | X                            |   |  |                  |                  |  |
| <b>Radiations nucléaires</b>  | Relevés dosimétriques        | X |  |                  | X <sup>(1)</sup> |  |

(1) Pièce à ne produire que si elle n'a pas été déjà adressée au service des pensions et des risques professionnels lors d'une précédente demande.