



N°15867*02

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

OPEX*

Cocher la case

DEMANDE DE PENSION MILITAIRE D'INVALIDITE

(Livre 1, Titre V, chapitre Ier du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre)

Vous êtes en activité radié des cadres ou des contrôles le .../...../.....

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

1^{ère} demande (art. L.121-1 à L.121-7 du code précité) (se référer aux cadres 1, 2, 3, 8, 9 et tableau A)
Vous n'avez pas de pension.

Infirmité nouvelle (art. L.121-1 à L.121-7 du code précité) (se référer aux cadres 1, 2, 3, 8, 9 et tableau A)
Vous avez déjà une pension et vous demandez l'indemnisation d'une ou plusieurs autres infirmités.

Renouvellement (art. L.121-8 et R.121-3 et R.121-6 du code précité) (se référer aux cadres 1, 2, 4, 9 et tableau A) *Vous ou vos infirmités sont indemnisées temporairement pour 3 ans, vous demandez le renouvellement de votre pension 6 mois avant la fin de la période triennale.*

Révision pour aggravation (art. L.154-1, L.154-2 et R.154-1 du code précité) (se référer aux cadres 1, 2, 5, 9 et tableau A) *Vous avez déjà une pension et la ou les infirmités indemnisées se sont aggravées.*

Taux du grade (art. L.125-4 et R.125-3 du code précité) (se référer aux cadres 1, 2 et 6) *Vous avez quitté l'armée ou vous êtes dans une position statutaire sans solde ou de détachement ou hors cadre. Vous demandez que votre pension soit élevée à l'indice afférent à votre grade.*

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, 7 et 9) *Cette demande peut être déposée à tout moment.*

Cadre 1 ►		Votre identité	
Nom d'usage :		Prénom :	
Nom de naissance :			
Date de naissance :	Lieu de naissance :		Pays :
Nationalité :			
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 civile :			
Adresse militaire (si en activité):			
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>			

* opération extérieure

Renseignements militaires

Cadre 2 ►

Grade :

Armée/Service :

Etes-vous titulaire de la carte du combattant ? OUI

NON

Si OUI, joindre une copie de cette carte, sauf si vous l'avez déjà adressée lors d'une précédente demande.

Cadre 3 ►

1^{ère} 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 ►

Révision pour 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 ►**Taux du grade**

Je demande l'application du taux du grade :

Cocher la case correspondante :

- suite à ma radiation des cadres ou des contrôles
- suite à mon placement en détachement ou hors cadre
- suite à ma position statutaire sans solde

Joindre une copie de la décision précisant votre position avec la date d'effet (arrêté de radiation des cadres ou des contrôles, décision fin de contrat, arrêté de détachement, position sans solde, hors cadre...).

Cadre 7 ►**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 8 ►**Renseignements complémentaires**

Les coordonnées de mon médecin sont :

Docteur :

Adresse :

Téléphone :

e-mail (le cas échéant) :

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 par 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 :

Déposez-vous la présente demande au titre de radiations nucléaires ?

OUI

NON

Si OUI, précisez le lieu et date :

.....

Joindre une copie de tout document attestant de votre présence sur ce lieu.

Cadre 9 ►**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. »

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 le service des pensions et des risques professionnels 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.

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

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.

Le formulaire est téléchargeable sur le site intradef du SGA : [Info RH > Carrière > Invalidité > Invalidité personnel militaire](#)

Cadre réservé à l'organisme recevant la présente demande :

Nom de l'organisme et cachet :

Date de réception :

Tableau A - Pièces supplémentaires à fournir par le militaire en activité ou en retraite

		1 ^{ère} demande	Renouvellement	Aggravation	Infirmité nouvelle	Taux du grade	Tierce personne
Etat civil	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					
	Jugement de tutelle ou de curatelle et certificat de non-recours, le cas échéant	X	X ⁽¹⁾	X ⁽¹⁾	X ⁽¹⁾	X ⁽¹⁾	X ⁽¹⁾
	Pour les militaires de la légion : Certificat de régularisation d'état civil (si nécessaire)	X	X ⁽¹⁾	X ⁽¹⁾	X ⁽¹⁾	X ⁽¹⁾	X ⁽¹⁾
Pièces administratives	Copie du contrat d'engagement dans la réserve + justificatif de la période de réserve	X			X ⁽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, certificat d'origine de blessure (marine), CRAM (pompiers) <i>Dans le cas où vous l'auriez égaré, veuillez préciser dans la présente demande les noms et ville de l'unité, où vous étiez affecté au moment de l'accident.</i>	X			X ⁽¹⁾		
	Décision(s) de congé longue maladie	X	X ⁽¹⁾	X ⁽¹⁾	X ⁽¹⁾		X ⁽¹⁾
	Pour les militaires sans pension militaire de retraite : copie de la décision de fin de contrat ou de radiation de l'armée	X	X ⁽¹⁾	X ⁽¹⁾	X ⁽¹⁾	X	X ⁽¹⁾
Accident de sport	La page de garde du carnet de sauts et les pages des sauts concernés	X			X ⁽¹⁾		
	Licence (CSA ou club civil) de l'année de l'accident	X			X ⁽¹⁾		
Accident de trajet Circulation Covoiturage	Procès-verbal de gendarmerie, de police, ou constat amiable	X			X ⁽¹⁾		
	Plan de l'itinéraire emprunté en précisant les lieux de départ, d'arrivée et de l'accident (uniquement avec l'aide de Mappy, Via Michelin...)	X			X ⁽¹⁾		
	Déclaration sur l'honneur en cas de responsabilité d'un tiers (formulaire à télécharger et à compléter ⁽²⁾)	X			X ⁽¹⁾		
	Déclaration de co-voiturage + noms des personnes visée par le commandement <i>Dans le cas où vous l'auriez égaré, veuillez préciser dans la présente demande les noms des covoiturés et de l'unité, où vous étiez affecté au moment de l'accident</i>	X			X ⁽¹⁾		

(1) A produire uniquement si n'a pas été communiquée au service des pensions et des risques professionnels lors d'une demande précédente

(2) Le formulaire peut être téléchargé sur le site intradef du SGA : Info RH > Carrière > Invalidité > Invalidité personnel militaire

Tableau A - Pièces supplémentaires à fournir par le militaire en activité ou en retraite (suite)

Pièces médicales	Si nécessaire : certificat médical précisant l'impossibilité physique de se déplacer chez le médecin expert ou la nécessité d'un VSL pour s'y rendre	X	X	X	X		X
	Toutes pièces (1 ^{ère} demande) OU pièces nouvelles (autres demandes) se rapportant à l'infirmité (billet d'infirmerie, d'hospitalisation, compte-rendu opératoire, de radios, d'IRM de scanners ne pas envoyer les clichés)	X	X	X	X		X
	Documents médicaux prouvant la continuité de soins dans le cas d'une infirmité ancienne entre la date d'apparition et la date de la présente demande	X			X ⁽¹⁾		
Radiations nucléaires	Questionnaire nucléaire (voir annexe Questionnaire nucléaire)	X			X ⁽¹⁾		
Exposition à l'amiante	Attestation des employeurs en milieu civil et militaire (le cas échéant)	X			X ⁽¹⁾		
	Déclaration maladie professionnelle faites auprès de la sécurité sociale (le cas échéant)	X			X ⁽¹⁾		
Etat de Stress Post Traumatique – troubles psychiques de guerre	Lettres de félicitations, témoignages de satisfaction, citation (le cas échéant)	X			X ⁽¹⁾		
Agression physique et/ou psychologique	Dépôt de plainte du demandeur (le cas échéant) ou copie de la décision justice (jugement du tribunal...) (le cas échéant)	X			X ⁽¹⁾		
	Témoignages (le cas échéant)	X			X ⁽¹⁾		
	Déclaration sur l'honneur en cas de responsabilité d'un tiers (formulaire à télécharger et à compléter ⁽²⁾)	X			X ⁽¹⁾		

(1) A produire uniquement si n'a pas été communiquée au service des pensions et des risques professionnels lors d'une demande précédente

(2) Le formulaire peut être téléchargé sur le site intradef du SGA : [Info RH](#) > [Carrière](#) > [Invalidité](#) > [Invalidité personnel militaire](#)

Tableau B – Pièces supplémentaires à fournir par le gestionnaire ou CMA

		1 ^{ère} demande	Renouvel lement	Aggravat ion	Infirmitté nouvelle	Taux du grade	Tierce personne
Pièces administratives (accidents, maladies physiques ou psychologiques)	Etat signalétique et des services à jour comportant la durée et la désignation des campagnes dans les territoires extérieurs ou séjours OPEX	X			X		
	Si non fourni par le militaire : Rapport circonstancié contemporain des faits visé par le commandement (<i>obligatoirement renseigné au recto et au verso</i>) et extrait du registre des constatations, certificat d'origine de blessure (marine), CRAM (pompiers)	X			X (1)		
	Si non fourni par le militaire : Décision(s) de congé longue maladie	X	X(1)	X(1)	X(1)		X(1)
	Justificatif RAPASAN, EVENGRAVE	X			X(1)		
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 journal de bord pour la marine	X			X(1)		
	Extrait du journal du club (CSA ou club civil)	X			X(1)		
	Ordre de service individuel pour les sports comportant des risques particuliers (parachutisme, équitation, delta-plane ...)	X			X(1)		
Accident de trajet Circulation Covoiturage	Ordre de mission ou document précisant la position du militaire (titre de permissions, etc.)	X			X(1)		
	Si non fourni par le militaire : Procès-verbal de gendarmerie, de police, ou constat amiable	X			X(1)		
	Horaires de travail le jour de l'accident	X			X(1)		
	Si non fourni par le militaire Déclaration de covoiturage + noms des personnes visée par le commandement	X			X(1)		
Pièces médicales	Copie intégrale du livret médical avec les pièces annexes (dont livret médical réduit, fiche de sélection incorporation, relevé VSA, compte rendu, ...), extrait du registre médical de fin de service	X			X(1)		
	Complément du livret médical et pièces annexes établis entre la date de la dernière demande et la présente		X	X			X
Radiations nucléaires	Relevés dosimétriques	X			X(1)		
Exposition à l'amiante	Attestation d'exposition à l'amiante (Terre, Air, Marine Gendarmerie) ou rapport précisant si le demandeur a pu ou a été exposé à l'inhalation de fibres d'amiantes lors de ses différentes affectations au sein de l'armée (locaux, matériels ou emplois)	X			X(1)		
ESPT	Fiche de suivi post opérationnel	X			X(1)		
Agression physique et/ou psychologique	Rapport complémentaire du commandement détaillant les faits et les suites données	X			X(1)		
	Sanctions disciplinaires prises contre l'agresseur (le cas échéant)	X			X(1)		

(1) A produire uniquement si n'a pas été communiquée au service des pensions et des risques professionnels lors d'une demande précédente