



**Pour vous aider**



N°15871\*02

**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  
au titre du décès d'un ou d'une**

- militaire**
- victime civile de guerre ou personnes assimilées aux militaires**
- victime d'acte de terrorisme**

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

***Vous souhaitez formuler une demande en qualité de :***

- conjoint ou partenaire d'un PACS
- orphelin(e) de moins de 21 ans
- orphelin(e) de 21 ans ou plus et atteint d'un handicap : [veuillez compléter également le formulaire « Déclaration de ressources et d'activité salarié »](#)

***Au titre de :***

- première demande (se référer aux cadres 1, 2, 3, 4 et 5) [vous ne percevez pas de pension au titre du code précité du chef du conjoint décédé.](#)
- majoration pour tierce personne allouée au défunt (se référer aux cadres 1, 2 et 5) [vous percevez déjà une pension du chef du défunt. Vous en souhaitez la révision au titre de la majoration spéciale tierce personne \(avant de remplir la présente demande, vérifiez si vous remplissez les conditions mentionnées au cadre 5\).](#)
- rétablissement du droit à pension (se référer aux cadres 1, 2 et 6) [le versement de votre pension a été suspendu suite à un remariage, un PACS ou concubinage. Vous êtes à nouveau seul\(e\). Votre droit à pension peut être rétabli](#)

<b>Cadre 1 ►</b>	<b>Votre identité</b>	
Nom d'usage :	Prénom :	
Nom de naissance :		
Date de naissance :		
Lieu de naissance :	N° département :	Pays :
Adresse :		
Tél domicile :	Portable :	
E-mail :		
Pour les personnes de nationalité française, n° de sécurité sociale :		
<i>Joindre un extrait d'acte de naissance établi postérieurement au décès et comportant les mentions marginales.</i>		

**Cadre 2 ►****Informations relatives  
à la personne décédée**

Nom d'usage :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Date de décès :

*Joindre un acte de décès et un extrait d'acte de naissance du défunt établi postérieurement au décès. Joindre également un certificat médico-légal mentionnant la cause du décès, établi par le médecin ayant constaté le décès. La mention « mort naturelle » n'est pas exploitable.*

**Cadre 3 ►****Enfants****Enfants issus du mariage ou du PACS avec le défunt**

Nom et prénom	Filiation (légitime, adopté...)	Date de naissance	Est-il handicapé ?
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**Autres enfants du défunt**

Nom et prénom	Filiation (légitime, adopté...)	Date de naissance	Est-il handicapé ?
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**Cadre 4 ►****Renseignements complémentaires****Question 1 - Le décès est-il dû à un acte de terrorisme ?** OUI NON

Dans le cas où vous avez répondu OUI et si vous êtes déjà en possession d'une offre d'indemnisation ou du procès-verbal de transaction définitif et accepté émanant du Fonds de garantie des actes de terrorisme et autres infractions (FGTI), merci de bien vouloir joindre ce document à la présente demande.

**Question 2 - Avez-vous déjà perçu une pension d'invalidité d'ayant-cause au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre du chef d'un autre conjoint, qui aurait été suspendue (arrêt du paiement)?**

 OUI NON

Si OUI, veuillez joindre une copie du titre de la pension d'invalidité d'ayant-cause suspendue.

**Cadre 5 ►****Majoration spéciale tierce personne**

**Question 1 - Avez-vous été marié(e) ou pacsé(e) pendant au moins 5 ans avec le défunt ?**

OUI       NON

Si NON, vous ne remplissez pas les conditions pour prétendre à la majoration spéciale du chef du défunt. Il est inutile de remplir la présente demande.

**Question 2 - Si OUI, durant ce mariage ou PACS, le défunt a-t-il bénéficié pendant au moins 5 ans de la majoration pour tierce personne au titre de sa pension ?**

OUI       NON

Si OUI, veuillez compléter le formulaire « Déclaration sur l'honneur » afin que votre demande soit étudiée.

Si NON, vous ne remplissez pas les conditions pour prétendre à cette majoration spéciale du chef du défunt. Il est inutile de remplir la présente demande.

**Cadre 6 ►****Rétablissement d'un droit à pension**

**Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité d'ayant cause (dont le paiement a été suspendu) au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre du chef d'un autre conjoint décédé ?**

OUI       NON

Si NON, vous n'avez aucun document à fournir.

Si OUI, veuillez joindre une copie du titre de la pension d'invalidité qui vous a été précédemment allouée au titre du code précité et dont le paiement a été suspendu.

Quelle que soit votre nouvelle situation, veuillez joindre également une copie :

- de votre acte de naissance avec les mentions marginales à jour
- de tout document justifiant de cette nouvelle situation (jugement de séparation, de divorce, rupture d'un PACS, acte de décès de votre dernier conjoint...).

Si vous le connaissez, veuillez préciser votre numéro de dossier attribué par la sous-direction des pensions :

.....  
*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 :

<b>Tableau A - Pièces complémentaires à fournir</b> <b>Vous êtes français(e)</b>	
<b>Conjoint ou partenaire lié par un PACS</b>	<b>Si concerné</b> : Jugement de tutelle du demandeur et le certificat de non recours suite à ce jugement
	Copie du dernier avis d'imposition sur les revenus (nécessaire à l'étude du supplément social par le Service des retraites de l'Etat)
<b>Orphelin de moins de 21 ans</b>  <b>et</b> <b>Orphelin âgé de 21 ans ou plus et atteint d'un handicap</b>	<b>Si concerné</b> : acte complet d'adoption
	<b>Si concerné</b> : jugement de tutelle du demandeur et le certificat de non recours suite à ce jugement
	<b>Si handicapé</b> : certificat médical récent indiquant la nature des infirmités dont l'orphelin(e) est atteint(e) ainsi que la date de leur apparition. Le médecin traitant ou le spécialiste a la possibilité d'adresser directement ce certificat à monsieur le Président de la commission consultative médicale – Sous-direction des pensions - 5 place de Verdun - BP 60000 - 17016 LA ROCHELLE CEDEX 1
	<b>Si handicapé</b> : copie de la dernière décision de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées – ancienne appellation COTOREP) reconnaissant la qualité d'handicapé(e)
	<b>Si handicapé</b> : déclaration concernant les ressources perçues par l'orphelin(e) (Allocation aux adultes handicapés (AAH), pension d'invalidité, etc.) remplir la déclaration des ressources ci-jointe
	<b>Si l'orphelin handicapé exerce une activité rémunérée</b> : remplir la déclaration d'activité salariée accompagnée éventuellement de toutes pièces justificatives relatives à l'activité que l'orphelin(e) exerce ainsi que le montant de sa rémunération (avis d'imposition, relevé de carrière du régime général)

<b>Tableau B – Pièces complémentaires à fournir</b> <b>Vous n'êtes pas français(e) et vous résidez en France</b>	
<b>Conjoint ou partenaire lié par un PACS</b>	Attestation sur l'honneur de non remariage, non répudiation et non divorce
	Attestation sur l'honneur de monogamie ou polygamie
	Titre de séjour en cours de validité
	Justificatif de domicile (facture d'électricité...)
	Copie du titre de pension d'invalidité du défunt ou dernière quittance
<b>Orphelin(e)</b>	<i>Fournir les mêmes documents mentionnés au tableau A rubrique « Orphelin de moins de 21 ans et orphelin âgé de 21 ans ou plus et atteint d'un handicap »</i>