



Vous êtes militaire en activité : ce formulaire ainsi que les pièces justificatives doivent être adressés à votre unité ou à votre organisme d'emploi.

Autres cas : ce formulaire ainsi que les pièces justificatives doivent être adressés au service départemental de l'ONAC compétent, sauf si vous êtes résident à l'étranger : dans ce cas, ils doivent être adressés à la sous-direction des pensions.

DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITÉ AU TITRE DU CODE DES PENSIONS MILITAIRES D'INVALIDITE ET DES VICTIMES DE LA GUERRE

Document à remplir si vous n'êtes pas titulaire d'une pension d'invalidité.

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 du représentant du demandeur¹)

Cadre réservé à l'administration

Demande reçue le _____

Par :

- Unité ou organisme d'emploi de
- ONAC de
- Sous-direction des pensions
- Ambassade ou consulat de
- Autres (à préciser)

Visa :

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

ÉTAT CIVIL

M. Mme Mlle

Nom de naissance

Épouse

Prénoms

Né(e) le à

Dépt Pays

N° de sécurité sociale

Situation de famille : célibataire marié(e) divorcé(e)

veuf (ve) pacsé(e) vie maritale

DOMICILE

Adresse civile

Adresse militaire

N° téléphone

Courriel

SITUATION MILITAIRE

Lieu de recrutement Classe

Matricule

militaire de carrière appelé du contingent

Indiquez votre dernier grade

Quelle est la dernière unité à laquelle vous avez

Précisez Terre Air Mer

Gendarmerie Services communs

Date de radiation des cadres

À QUEL TITRE DEMANDEZ-VOUS DROIT À PENSION ?

Militaire du temps de paix Victime civile de la guerre

Militaire du temps de guerre
ou opérations extérieures Victime civile d'actes de terrorisme
depuis 1982

Résistant

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉVÈNEMENT CAUSE DU PRÉJUDICE SUBI

Quelle(s) blessure(s) ou maladie(s) présentez-vous ?

.....
.....
.....

Quels sont la date et le lieu géographique d'apparition de votre (vos) blessure(s) ou maladie(s) ?

.....
.....

Avez-vous des pièces justificatives ? Oui Non
(Si oui, joignez une copie de ces pièces)

Avez-vous déjà déposé une demande de pension ? Oui Non
Si oui, précisez pour quelle(s) infirmité(s) :

.....
.....

Etes-vous déjà bénéficiaire d'une rente pour accident du travail ou d'un capital ?

Oui Non

(Si oui, joignez 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, veuillez préciser le nom et l'adresse de cet organisme :

.....

Êtes-vous titulaire d'une carte listée ci-dessous ?

Veuillez joindre une copie de cette carte.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> du combattant | <input type="checkbox"/> de prisonnier du Viet Minh |
| <input type="checkbox"/> d'incorporé de force dans l'armée allemande | |
| <input type="checkbox"/> de personne contrainte au travail en pays ennemi | |
| <input type="checkbox"/> de patriote résistant à l'occupation du Rhin et de
et de la Moselle en camps spéciaux. | |
| <input type="checkbox"/> de déporté politique | <input type="checkbox"/> de déporté résistant |
| <input type="checkbox"/> du combattant volontaire de la résistance | <input type="checkbox"/> d'interné politique |

DÉCLARATION DE SITUATION DE FAMILLE

Je sollicite l'examen de mes droits, pour mes enfants ci-dessous mentionnés, au titre des articles L. 19 et L. 20 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre :

Nom et prénoms des enfants	Filiation (1)	Date de naissance	Enfant infirme (2)	Date de décès (le cas échéant)	Prise en charge de l'enfant	
					Date de début	Date de fin

(1) Précisez légitime, légitimé, naturel reconnu, adoptif ou recueilli.

(2) Précisez oui ou non

RUBRIQUE CONCERNANT L'EXPOSITION À DES RAYONNEMENTS IONISANTS, À DES LASERS OU À DES ONDES MAGNÉTIQUES AU COURS DE LA CARRIÈRE MILITAIRE

Affectation	Emploi occupé	Date de début	Date de fin	Circonstances et lieu d'exposition

RUBRIQUE À RENSEIGNER DANS LE CAS D'UNE CARRIÈRE CIVILE

Nom et adresse de la société/employeur et nature de son activité	Emploi occupé	Date de début	Date de fin	Pensez-vous avoir été exposé à des rayonnements ionisants à des lasers ou à des ondes magnétiques dans cet emploi ?	
				oui	non
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>