

**Pour vous aider****Sous-direction des pensions**

5 place de Verdun - BP 60000

17016 LA ROCHELLE CEDEX 1

Tél. 05 46 50 23 92

Tél. (33) (0) 5 46 50 23 92

[sdp.info-conseils.fct@intra.def.gouv.fr](mailto:sdp.info-conseils.fct@intra.def.gouv.fr)**DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITE  
VICTIMES D'ACTES DE TERRORISME**(Actes survenus à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1982)**Vous souhaitez formuler une demande (cocher la case correspondante) :**

- 1<sup>ère</sup> demande** (se référer aux cadres 1, 2, 3, 7 et 8 et tableau A) *Vous n'avez pas de pension.*
- Infirmité nouvelle** (se référer aux cadres 1, 3, 7 et 8) *Vous avez déjà une pension et vous demandez l'indemnisation d'une autre infirmité.*
- Renouvellement** (se référer aux cadres 1, 4 et 8) *Votre infirmité est indemnisée temporairement pour 3 ans, vous demandez le renouvellement 6 mois avant la fin de la période triennale.*
- Aggravation** (se référer aux cadres 1, 5, 7 et 8) *Vous avez déjà une pension et l'infirmité indemnisée s'est aggravée.*
- Nécessité de l'aide d'une tierce personne** (se référer aux cadres 1, 6, 7 et 8) *Cette demande peut être déposée à tout moment.*

**Cadre 1 ►****Identité**

Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : ..... Pays : .....

Nationalité : .....

Situation de famille :  Célibataire ou concubinage  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Pacsé(e)Adresse (en France) :  
.....  
.....Adresse (à l'étranger) :  
.....  
.....

Tél domicile : ..... Portable : .....

E-mail : .....

Pour les personnes de nationalité française : n° de sécurité sociale : .....

**Tout changement d'adresse doit être signalé à la sous-direction des pensions.**

**Cadre 2 ►****Acte de terrorisme**

Date : ..... Lieu : .....

Pays : .....

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

*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.*

**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**

La ou les infirmités pour lesquelles je suis pensionné me mettent dans l'impossibilité de faire seul(e) les actes essentiels de la vie (se mouvoir, conduire, se déplacer, se lever, manger, s'habiller....).

*Joindre un certificat médical descriptif justifiant le besoin de l'aide d'une tierce personne du fait de la ou des infirmités pensionnées. Le cas échéant, ce certificat mentionnera l'impossibilité physique de se déplacer chez le médecin expert ou la nécessité d'un VSL pour s'y rendre.*

**Actes de terrorisme avant le 1<sup>er</sup> janvier 1985 (victimes françaises)**

*Veillez joindre tout document justifiant les faits à l'origine de la blessure ou de la maladie (rapport de police ou gendarmerie, articles de presse, témoignages...).*

**Actes de terrorisme postérieurs au 1<sup>er</sup> janvier 1985****Pour les victimes françaises et étrangères**

Avez-vous déposé une demande auprès du Fonds de garantie des actes de terrorisme et autres infractions (FGTI) ?

 OUI NON

*Si NON, veuillez passer au cadre 9.*

*Si OUI,*

*Dans le cas d'une première demande, veuillez joindre une copie du procès-verbal de transaction définitif accepté et signé par vos soins, sur lequel doit figurer le détail des sommes perçues par poste de préjudice.*

*Dans le cas d'une demande d'aggravation ou d'infirmité nouvelle ou tierce personne, veuillez joindre une copie du procès-verbal d'indemnisation complémentaire.*

*Si vous ne détenez pas l'un de ces documents, la sous-direction des pensions se chargera d'en demander la communication au FGTI.*

Avez-vous été vu en expertise par un médecin diligenté par le FGTI ?

 OUI NON

Si OUI, à quel titre ?

 1<sup>ère</sup> demande Aggravation de votre état de santé Infirmité nouvelle Tierce personne

*Veillez joindre une copie du rapport d'expertise uniquement si ne l'avez pas déjà adressée à la sous-direction de pensions, lors d'une précédente demande. Si vous ne le détenez pas, la sous-direction des pensions se chargera de demander au FGTI la communication de ce rapport.*

**Pour les victimes étrangères**

Avez-vous déposé une demande auprès d'un organisme de votre pays d'origine et/ou perçu une indemnisation par celui-ci ?

 OUI NON

*Si OUI, veuillez joindre tout justificatif accepté et signé par vos soins, sur lequel doit figurer le détail des sommes perçues par poste de préjudice ainsi que la date du versement définitif.*

## 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 : .....

*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*

*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, soumis à conditions. Une demande de majoration pour enfants doit alors être complétée, selon modèle.*

### 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>	<b><i>Pour les victimes de nationalité française</i></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> : copie du jugement de tutelle ou de curatelle et certificat de non-recours	X	X(1)	X(1)	X(1)	X(1)
	<b><i>Pour les victimes de nationalité étrangère</i></b> Copie de l'acte de naissance ou pièce d'état civil récente, traduit en langue française	X				
<b>Pièce médicale</b>	<b><i>Pour les victimes de nationalité française et étrangère</i></b> <b>Si nécessaire</b> : 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

(1) Pièce à ne produire que si elle n'a pas été déjà adressée à la sous-direction des pensions lors d'une précédente demande.