



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

Document à remplir si vous êtes titulaire d'une pension d'invalidité et que vous souhaitez obtenir :

- LE RENOUVELLEMENT     
  LA PRISE EN COMPTE D'UNE AGGRAVATION OU D'UNE INFIRMITE NOUVELLE     
  UNE MAJORATION TIERCE PERSONNE

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 demandeur\*)*

Cadre réservé à l'administration	
Demande reçue le <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1em;"></span> Par : <input type="checkbox"/> Unité ou organisme d'emploi ..... <input type="checkbox"/> ONAC de ..... <input type="checkbox"/> Sous-direction des pensions  Visa :	N° du dossier de pension  .....

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

## RENSEIGNEMENTS

M.  Mme  Mlle

Nom de naissance

Épouse

Prénoms

Né(e) le  à

Dépt  Pays

Indiquez votre dernier grade détenu

N° de votre pension d'invalidité en cours

Adresse civile

Adresse militaire

N° de téléphone

Situation familiale :  célibataire  marié(e)  divorcé(e)  
 veuf(ve)  pacsé(e)  vie maritale

**■ En cas d'aggravation d'une ou de plusieurs infirmité(s) déjà pensionnée(s),** veuillez préciser la ou les pathologies qui motivent votre demande :

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

*(Joignez le certificat médical de votre médecin concernant cette ou ces infirmités)*

**■ Dans le cas d'infirmité(s) nouvelle(s),** précisez la ou les infirmités qui motivent votre demande :

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

*(Joignez le certificat médical de votre médecin concernant cette ou ces infirmités)*

Date et lieu géographique d'apparition de cette (ces) infirmité(s) :

.....  
.....

**■ Je sollicite le bénéfice de la majoration de la tierce personne.** En effet, la ou les infirmités pour laquelle ou pour lesquelles je suis pensionné(e) me mette(nt) dans l'impossibilité de faire seul(e) les actes essentiels de la vie courante.

***Je prends note du fait que cette majoration sera suspendue en cas d'hospitalisation.***