



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 _____ 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.