



MINISTÈRE DES ARMÉES

Liberté
Égalité
Fraternité

Secrétariat général
pour l'administration



N°16296*02*

Formulaire de demande de pension militaire d'invalidité et d'indemnisation complémentaire*

La pension militaire d'invalidité (PMI) indemnise :

- l'ensemble des troubles fonctionnels (ou gêne fonctionnelle) et
- l'atteinte à l'état général du militaire

L'indemnisation dite « complémentaire » (IC) répare les préjudices non couverts par la PMI dont notamment :

- le préjudice esthétique, le préjudice sexuel, les souffrances endurées,
- le préjudice d'agrément lié à l'impossibilité de continuer à pratiquer une activité spécifique, sportive ou de loisirs,
- le préjudice d'établissement lié à l'impossibilité de fonder une famille.

Objet de votre demande (cocher la case correspondante) :

Les demandes de PMI et d'IC sont instruites par deux services distincts.

- ☐ Pension militaire d'invalidité (PMI) seule
- ☐ Pension militaire d'invalidité (PMI) + indemnisation complémentaire (IC) **
- ☐ Indemnisation complémentaire (IC) seule

La notice jointe
vous indique
comment
renseigner ce
formulaire

Préciser la circonstance de l'événement à l'origine de l'infirmité (cocher la case correspondante) :

- ☐ Accident/maladie en service ☐ Vaccination ☐ Autre :
- ☐ Mission opérationnelle/opération extérieure

Cadre 1

VOTRE DEMANDE CONCERNE UNE PMI / INDEMNISATION COMPLÉMENTAIRE

- ☐ 1^{ère} demande (vous n'avez pas de PMI et/ou ni bénéficié d'une IC)
- ☐ Infirmité nouvelle (vous avez déjà une PMI et/ou d'une IC)
- ☐ Aggravation ne nécessitant pas l'aide d'une tierce personne
(vous avez déjà une PMI et/ou une IC pour cette ou ces infirmité(s) ne nécessitant pas l'aide d'une tierce personne)
- ☐ Aggravation nécessitant l'aide d'une tierce personne (cette demande peut être déposée à tout moment, voir notice cadre 2)
- ☐ Taux du grade (Ne concerne que la PMI et les cas particuliers précisés dans la notice cadre 1)

Cadre 2

VOTRE IDENTITÉ

Nom d'usage : Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance : Lieu de naissance : Pays :

Nationalité :

Situation de famille (cocher la case) :

☐ Célibataire ☐ Concubinage ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Pacsé(e)

Adresse civile : Adresse militaire (si en activité) :

Tél domicile : Tél portable : Courriel :

Organisme de sécurité sociale : N° de sécurité sociale :

Représentant légal en cas de tutelle ou curatelle :

Nom ou organisme :

Adresse :

* Pour les ressortissants étrangers : se reporter au formulaire CERFA n° 15868-02

** L'éligibilité à la réparation intégrale sera appréciée lors de l'instruction de l'IC

RENSEIGNEMENTS MILITAIRES

Vous êtes *(cocher la case correspondante)* :

☐ En activité

☐ Radié(e) des cadres ou des contrôles

☐ Réserviste

☐ Militaire du ministère des armées : ☐ Militaire des armées

☐ Marin-pompier de Marseille

☐ Gendarme rattaché au MinArm (maritime, air, armement)

☐ Militaire de la gendarmerie nationale : *précisez le SGAMI de rattachement (cf notice).....*
ou rattaché à une entité gérée par la DLPAJ (cocher ici) ☐

☐ Militaire de la sécurité civile :

☐ Sapeur-pompier de Paris

☐ Autres cas : *précisez*

Armée/service de rattachement (*ex : Terre, DGA, SCA, GTA etc.*) :

BDD ou RGN de rattachement :

GSBDD ou groupement GN de rattachement :

Unité ou compagnie, escadron :

Grade :

Identifiant militaire :

Titulaire d'une carte de combattant (*si oui, joindre une copie de cette carte*) : ☐ Oui ☐ Non

Titulaire d'une pension militaire d'invalidité : ☐ Oui ☐ Non

N° dossier :

Mutation prévue *(cocher la case correspondante)* : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser la date :

Antenne médicale de rattachement (*si en activité*) :

et le lieu :

VOTRE INFIRMITÉ (1^{ère} demande ou infirmité nouvelle)

Date (s) de (s) l'événement (s) (accident/ apparition de la maladie) :

Date de l'apparition des symptômes (le cas échéant) :

Date de consolidation (*le cas échéant, joindre un certificat de consolidation*) :

Lieu de l'accident/ apparition de la maladie :

Description succincte des circonstances du dommage (*cf. le (s) rapport (s) circonstancié (s)*) :

Décrire la ou les infirmités / blessures (*cf. certificat médical initial*) : *pour une demande d'indemnité complémentaire, vous avez la possibilité de détailler vos blessures par postes de préjudices dans l'annexe 1.*

Cadre 5

AGGRAVATION

Décrire succinctement la ou les infirmités aggravées :

Cadre 6

AGGRAVATION NECESSITANT L'AIDE D'UNE TIERCE PERSONNE

Préciser la ou les infirmités entraînant une aggravation

Joindre toutes les pièces médicales depuis la dernière expertise, voir annexes 2, 2bis, 3 et 3bis.

Cadre 7

VOTRE MÉDECIN DE CONFIANCE DÉSIGNÉ PAR VOS SOINS POUR RECEVOIR LES RAPPORTS D'EXPERTISE ET POUR ECHANGER AVEC LE MEDECIN CONSEIL DE L'ADMINISTRATION

Les coordonnées du médecin désigné sont :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel : *(le cas échéant)* :

☐ Je suis dans l'impossibilité physique de me rendre à une expertise *(voir notice, liste des pièces)*

Cadre 8

AUTRES INDEMNISATIONS

Êtes-vous déjà bénéficiaire d'une rente ou avez-vous déjà perçu un capital au titre d'un autre régime pour la ou les affections objets de la présente demande ? (exemples: FIVA, FGTI, loi Badinter, assurance)

☐ Oui

☐ Non

Avez-vous déposé une demande d'indemnisation relative à la ou aux affections concernées par la présente demande, et qui serait actuellement en cours d'instruction auprès d'un autre organisme ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, précisez le nom et l'adresse de l'organisme et coordonnées détaillées de votre gestionnaire :

Si vous êtes bénéficiaire d'une PMI, avez-vous de l'appareillage ou du matériel spécifique pris en charge par la CNMSS : ☐ Oui : *précisez.....* ☐ Non

DROIT D'ACCÈS AUX PIÈCES MÉDICALES

Je soussigné (e)

Né (e) le à
 donne mandat exprès aux services instructeurs de ma demande d'agir en mon nom et pour mon compte afin d'accéder, de recueillir et d'échanger toutes informations et pièces médicales utiles à l'instruction de ma primo demande et celles concernant son renouvellement, autorise leur communication aux services qui ont besoin d'en connaître dans le cadre de ma demande et des renouvellements automatiques, reconnais avoir pris connaissance des dispositions de l'article L. 151-5 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, [voir notice](#)

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans des fichiers automatisés du ministère des armées. Ces fichiers permettent le traitement des demandes de pensions d'invalidité et d'indemnisations complémentaires en application de la loi. Les réponses apportées aux questions figurant dans ce formulaire revêtent un caractère obligatoire pour un traitement facilité de votre demande mais également lors des renouvellements automatiques.

Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier auprès du service concerné : service des pensions et des risques professionnels (SPRP) ou Direction des affaires juridiques, [voir notice cadre 1](#).

Date

Signature

(n'oubliez pas de signer)
 Dans le cas d'une mise sous tutelle ou curatelle, signature du représentant

CONTRESEING DU TUTEUR OU CURATEUR LE CAS ECHEANT

Le contreseing du tuteur ou du curateur est impératif

Nom de l'organisme de tutelle ou curatelle ou nom du représentant:

Adresse :

Cadre réservé à l'organisme recevant la présente demande :

Nom de l'organisme et cachet:

Date de réception :

Annexe 1

Pour une demande d'indemnité complémentaire (IC) : description des préjudices réparés

Pour chaque préjudice, si sous être concerné, veuillez décrire vos dommages liés à l'accident/maladie du fait du service

- Les préjudices patrimoniaux temporaires (avant consolidation) :

Dépenses de santé actuelles (*frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux en lien avec le dommage et restés à la charge du militaire après remboursement par les organismes des prestations sociales*).

Frais divers (*autres frais supportés par le blessé en lien avec le dommage, exemple : frais de déplacement*).

- Les préjudices patrimoniaux permanents

Dépenses de santé futures (*frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux, pharmaceutiques nécessaires après la stabilisation de l'état de santé*).

Frais de logement adapté (*frais supportés par le blessé à la suite du dommage pour l'adaptation de son logement*) :

Frais de véhicule adapté (*frais liés à l'adaptation d'un véhicule à la suite du dommage ou l'achat d'un nouveau véhicule*).

Assistance par tierce personne (*aide apportée au blessé dans les tâches quotidiennes. Il est défini par le médecin expert et doit être en lien direct et exclusif avec la blessure ou la maladie*).

Préjudice scolaire, universitaire et de formation (*perte d'année(s) d'études scolaires ou universitaires et de formation consécutives à la survenue du dommage subi par le blessé. Il intègre, en outre, non seulement le retard scolaire ou de formation subi, mais aussi une possible modification d'orientation, voire une renonciation à toute formation qui obère ainsi gravement l'intégration du militaire blessé dans le monde du travail*).

Annexe 1 bis (suite)

Pour une demande d'indemnité complémentaire (IC) :description des préjudices réparés

Pour chaque préjudice, si sous être concerné, veuillez décrire vos dommages liés à l'accident/maladie du fait du service

- Les préjudices extrapatrimoniaux temporaires

Souffrances endurées (*souffrances physiques et psychiques, ainsi que des troubles associés, subis par le blessé du fait du dommage jusqu'à la stabilisation de son état de santé*).

Préjudice esthétique temporaire (*atteintes physiques subies par le blessé en lien avec le dommage pendant la période de soins, exemple : pose d'un plâtre, utilisation de béquilles...*).

Préjudice d'angoisse de mort imminente (*conscience et lucidité du caractère inéluctable de sa propre fin*).

- Les préjudices extrapatrimoniaux permanents

Préjudice d'agrément (*impossibilité pour le blessé de continuer à pratiquer régulièrement une activité de loisirs ou sportives du fait du dommage subi*).

Préjudice esthétique permanent (*atteintes physiques permanentes du fait du dommage, exemple : cicatrice*).

Préjudice d'établissement (*perte d'espoir ou de chance de réaliser un projet de vie familiale en raison des séquelles permanente du blessé du fait du dommage*).

Préjudice sexuel (*atteinte aux organes sexuels ; perte de libido ; difficulté ou impossibilité de procréer, ...*).

Préjudice exceptionnel (*autres préjudices non listés ci-dessus dont vous souhaitez faire part*).