

A renseigner préalablement au départ
en OPEX et à conserver au sein de
l'unité du bénéficiaire

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

N I R (numéro de sécurité sociale)

NOM (en majuscules) _____ Prénoms _____

Date et lieu de naissance _____

Adresse civile _____

_____ Ville _____ Code postal

Téléphone Courriel _____

IDENTIFICATION DU CONJOINT PARTENAIRE DE PACS CONCUBIN

NOM (en majuscules) _____ Prénoms _____

Date et lieu de naissance _____

IDENTIFICATION DES AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER

NOM - Prénoms	Date et lieu de naissance	Lien de parenté	Situation de famille	Profession

LIEN AVEC LE MINISTERE DE LA DEFENSE

Numéro d'identifiant Défense

Armée d'appartenance Terre Marine Air Gendarmerie Autre

Unité d'affectation _____

Code ASD (DLAS, PMAS, ESIA ; se reporter à l'annexe)

Statut Militaire de carrière Militaire sous contrat Personnel civil Réserviste

Grade _____

Date d'entrée en service

Date prévue de fin d'activité ou de contrat

DESCRIPTIF DE L'OPERATION (OPEX)

Nom de la mission _____

Lieu ou Pays de la mission _____

Date de début de la mission |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date prévue de fin de la mission |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

PROCEDURE D'URGENCE

PERSONNE A CONTACTER PRIORITAIREMENT

NOM (en majuscules) _____ Prénoms _____

Lien de parenté avec le bénéficiaire _____

Adresse _____

_____ Ville _____ Code postal |_|_|_|_|_|

Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Courriel _____

AUTRE PERSONNE A CONTACTER

NOM (en majuscules) _____ Prénoms _____

Lien de parenté avec le bénéficiaire _____

Adresse _____

_____ Ville _____ Code postal |_|_|_|_|_|

Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Courriel _____

CONTRATS SOUSCRITS

MUTUELLE Organisme _____ Numéro mutualiste (facultatif) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

PREVOYANCE Organisme _____ Numéro adhérent (facultatif) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

AUTRE Organisme _____ Numéro adhérent (facultatif) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ATTESTATION

- J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations que j'ai fournies ⁽¹⁾
- J'autorise la communication de mon dossier, pour instruction, aux partenaires du Dossier Unique « Suivi du blessé en OPEX » suivants ⁽²⁾ :
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cellule d'aide aux blessés de l'armée de Terre | <input type="checkbox"/> Cellule d'aide aux blessés de la Marine |
| <input type="checkbox"/> Cellule d'aide aux blessés de l'armée de l'Air | <input type="checkbox"/> Direction générale de la Gendarmerie nationale |
| <input type="checkbox"/> Action sociale Défense | <input type="checkbox"/> Service de santé des armées |
| <input type="checkbox"/> Office national des anciens combattants et victimes de guerre | <input type="checkbox"/> Sous direction des pensions |
| <input type="checkbox"/> Mutuelle militaire (UNEO) | <input type="checkbox"/> Prévoyance (AGPM) |
| | <input type="checkbox"/> Prévoyance (GMPA) |

Date et signature du demandeur

(1) Toute fausse déclaration expose son auteur à des poursuites pénales, prévues aux articles 441-1 et suivants du Code pénal.

(2) L'objet de cet imprimé est de permettre l'instruction d'un dossier de prestations supplémentaires, sous forme d'un traitement informatique dont la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) est responsable. Ces informations obligatoires pourront être consultées par les partenaires listés ci-dessus. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez des droits d'accéder à ces informations et de les faire rectifier, droits que vous pouvez exercer auprès de la CNMSS.

CELLULE EMETTRICE

- Cellule d'aide aux blessés de l'armée de Terre (CABAT)
- Cellule d'aide aux blessés de la Marine (CABAM)
- Cellule d'aide aux blessés de l'armée de l'Air (CABMF Air)
- Direction générale de la Gendarmerie nationale (DGGN-BAS)

ELEMENTS RELATIFS A LA BLESSURE (physique ou psychique)

Numéro GUERREVEN _____

Numéro MEDEVAC ou STRATEVAC _____

Pays / Lieu _____

Date | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Circonstances générales de la blessure

- Mission Exercice, instruction Activité sportive Autre Non appréciable

Circonstances de l'évènement ayant entraîné la blessure

Type de prise en charge

- Rapatriement immédiat (auquel cas : HIA d'accueil) _____
- Rapatriement envisageable
- Soins dispensés sur site

Date, signature et cachet de la Cellule d'aide aux blessés



Une fois complété et visé, la Cellule d'aide aux blessés transmet ce document dans son intégralité et dans les plus brefs délais, par télécopie au numéro suivant :

04 94 16 80 45

ANNEXE CODES ASD

Veillez reporter dans la rubrique "LIEN AVEC LE MINISTERE DE LA DEFENSE" :

Le code de la Direction locale d'action sociale (**DLAS**),
du Pôle ministériel d'action sociale (**PMAS**),
de l'Echelon social inter-armées (**ESIA**)
correspondant à votre affectation actuelle

LISTE DES CODES

6100	DLAS Gendarmerie Ile de France
6200	DLAS Gendarmerie Nord
6300	DLAS Gendarmerie Ouest
6400	DLAS Gendarmerie Sud-Ouest
6500	DLAS Gendarmerie Sud-Est
6600	DLAS Gendarmerie Est
6700	DLAS Gendarmerie Sud
7100	PMAS de Saint Germain en Laye
7200	PMAS de Metz
7300	PMAS de Lyon
7400	PMAS de Toulon
7500	PMAS de Bordeaux
7600	PMAS de Brest
7700	PMAS de Rennes
8100	ESIA Antilles
8200	ESIA Guyane
8300	ESIA Polynésie
8400	ESIA La Réunion
8500	ESIA Sénégal
8600	ESIA Djibouti
8700	ESIA Gabon
8800	ESIA Nouvelle Calédonie
8900	ESP Abu Dhabi