

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

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

NIR (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 DES ARMEES

Numéro d'identifiant Défense _____

Armée d'appartenance Terre Marine Air Gendarmerie Autre

Unité d'affectation _____

Code ASA (AASG, CTAS, 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 Organismes _____ Numéro mutualiste (facultatif) _____

PREVOYANCE Organismes _____ Numéro adhérent (facultatif) _____

AUTRE Organismes _____ 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"/> Cellule d'aide aux blessés et malades du service de santé des armées |
| <input type="checkbox"/> Action sociale des armées | <input type="checkbox"/> Direction générale de la Gendarmerie nationale |
| <input type="checkbox"/> Office national des anciens combattants et victimes de guerre | <input type="checkbox"/> Mutuelle militaire (UNEO) |
| <input type="checkbox"/> Prévoyance (TEGO) | <input type="checkbox"/> Sous-direction des pensions |

Date et signature du demandeur

(1) Est passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (arts. 313-1, 313-2, 441-1 et 441-6 du code Pénal). L'authenticité et la sincérité de vos déclarations peuvent être contrôlées à des fins de lutte contre la fraude auprès d'autres organismes de sécurité sociale, de Pôle emploi ou de l'administration fiscale (article L114-12 du code de la Sécurité sociale) et/ou auprès d'organismes tiers (articles L114-19 et suivants du CSS).

(2) L'objet de cet imprimé est de permettre la gestion d'un dossier de demande d'aide, sous forme d'un traitement informatique, déclaré à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et dont la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) est responsable. Ces informations obligatoires pourront être consultées par les partenaires choisis 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, de les faire rectifier et de vous y opposer, droits que vous pouvez exercer à tout moment auprès de la CNMSS.

Volet à remplir a posteriori par la cellule d'aide aux blessés, une fois la blessure constatée

CELLULE EMETTRICE

- Cellule d'aide aux blessés de l'armée de Terre (CABAT)
- Cellule d'aide aux blessés de l'armée de la Marine (CABAM)
- Cellule d'aide aux blessés de l'armée de l'Air (CABMF Air)
- Cellule d'aide aux blessés et malades du Service de santé des armées (CABMSSA)
- 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, à l'adresse mail suivante :

du-opex@cnmss.fr

ANNEXES CODES ASA

Veillez reporter dans la rubrique « LIEN AVEC LE MINISTERE DES ARMEES » :
Le code des antennes d'action sociale de gendarmerie (**AASG**),
du Centre territorial d'action sociale (**CTAS**),
de l'échelon social inter-armées (**ESIA**)
correspondant à votre affectation actuelle

LISTE DES CODES

6100	AASG Gendarmerie Ile-de-France
6200	AASG Gendarmerie Nord
6300	AASG Gendarmerie Ouest
6400	AASG Gendarmerie Sud-Ouest
6500	AASG Gendarmerie Sud-Est
6600	AASG Gendarmerie Est
6700	AASG Gendarmerie Sud
7100	CTAS de Saint-Germain-en-Laye
7200	CTAS de Metz
7300	CTAS de Lyon
7400	CTAS de Toulon
7500	CTAS de Bordeaux
7600	CTAS de Brest
7700	CTAS 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	ESIA Emirats arabes unis