

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 <sup>(1)</sup>
- J'autorise la communication de mon dossier, pour instruction, aux partenaires du Dossier Unique « Suivi du blessé en OPEX » suivants <sup>(2)</sup> :
- |  |   |  |
|--|---|--|
| <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) Est passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (art. 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 code de la sécurité sociale).

(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.



# 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

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