FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION

auprès de l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)

Vaccinations obligatoires

ETAT CIVIL DE LA VICTIME

A remplir dans tous les cas (quel que soit le demandeur)

|__| **Mme** |__| **M.**

Nom de naissance ……

Nom marital ou nom d'usage ……

Prénoms ……

Date de naissance |__||__| |__||__| |__||__||__||__|

Lieu de naissance ……

Adresse ……

Code postal |__||__||__||__||__| Commune ……

Téléphones |__||__| |__||__| |__||__| |__||__| |__||__| // |__||__| |__||__| |__||__| |__||__| |__||__|

Si vous avez une adresse électronique ……@.....

Organisme de sécurité sociale

Nom de l'organisme ……

Adresse de l'organisme ……

Code postal |__||__||__||__||__| Commune ……

Numéro de sécurité sociale |__| |__||__| |__||__| |__||__| |__||__||__| |__||__||__| |__||__|

Si vous avez une protection complémentaire santé (mutuelle, compagnie d'assurances…) indiquez

Nom de la société ……

Adresse de la société ……

Code postal |__||__||__||__||__| Commune ……

Numéro de contrat le cas échéant ……

Situation au moment du dommage	**Situation actuelle (s'il y a lieu)**
|__| emploi salarié, activité libérale	|__| emploi salarié, activité libérale
précisez la profession ……	précisez la profession ……
……	……
|__| en recherche d'emploi	|__| en recherche d'emploi
|__| étudiant, élève	|__| étudiant, élève
|__| retraité	|__| retraité
|__| maladie longue durée, invalidité	|__| maladie longue durée, invalidité
|__| autres, précisez……..	|__| autres, précisez……..

ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

s'il n'est pas lui-même la victime

Rappel : Si vous êtes amené à remplir l'un des deux cadres suivants, en qualité d'ayant droit ou de représentant légal de la victime, vous devez également fournir les informations relatives à cette victime et remplir par conséquent le cadre de la page 1

Vous devez remplir le cadre suivant si vous êtes un ayant droit d'une victime décédée (1)

|__| **Mme** |__| **M.**

Nom de naissance ……

Nom marital ou nom d'usage……

Prénoms ……

Date de naissance |__||__| |__||__| |__||__||__||__|

Lieu de naissance ……..

Lien avec la victime ……

Adresse ……

Code postal |__||__||__||__||__| Commune ……

Téléphones |__||__| |__||__| |__||__| |__||__| |__||__| // |__||__| |__||__| |__||__| |__||__| |__||__|

Si vous avez une adresse électronique ……@.....

Si la victime est décédée, précisez la date du décès |__||__| |__||__| |__||__||__||__|

(1) Par exemple, enfant, conjoint, héritier d'une personne décédée

Vous devez remplir le cadre suivant si vous êtes - le représentant légal (3) d'une victime |__|
- le représentant légal (3) d'un ayant-droit |__|

|__| **Mme** |__| **M.**

Nom ……

Prénom ……

Adresse ……

Code postal : |__||__||__||__||__| Commune ……

Téléphones : |__||__| |__||__| |__||__| |__||__| |__||__| // |__||__| |__||__| |__||__| |__||__| |__||__|

Si vous avez une adresse électronique ……@.....

(3) Par exemple, parent d'un mineur, tuteur d'un majeur protégé, etc.

Remarque : Si vous êtes plusieurs demandeurs, vous pouvez soit reproduire cette page, soit mentionner ces mêmes informations sur papier libre.

VACCINATION(S) MISE(S) EN CAUSE

Précisez la nature de la (ou des) vaccination(s) que vous estimez être à l'origine des dommages :

……

……

Indiquez la (ou les) date(s) d'injection(s) de la (ou des) vaccination(s) mise(s) en cause :

……

……

Précisez à quel titre vous estimez que la (ou les) vaccination(s) a (ont) été rendue(s) obligatoire(s) (cochez la case correspondante) :

Activité professionnelle dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention, de soins ou hébergeant des personnes âgées…….. **|__|**
Précisez la profession exercée et le lieu d'exercice de l'activité professionnelle au moment de la réalisation de la ou des vaccination(s) mise(s) en cause ……
……

Etudes préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé …… ….. **|__|**
Une part des études a-t-elle été effectuée dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins ? Oui |__| Non |__|
Précisez le type d'études poursuivies :……

Vaccination(s) infantile(s)…….. **|__|**

Autres (précisez) : ……**|__|**

……

Précisez les coordonnées du (ou des) médecin(s) en charge de votre suivi :

Nom ……..……
Adresse ……
Code postal |__||__||__||__||__| Commune ……..

Nom ……..……
Adresse……..
Code postal |__||__||__||__||__| Commune ……..

Nom……..……
Adresse……..
Code postal |__||__||__||__||__| Commune……..

Bénéficiez-vous d'une indemnisation au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ?
Oui |__| Non |__|
Si non, une demande de reconnaissance à ce titre est-elle en cours ?
Oui |__| Non |__|

Avez-vous engagé (pour vous-même ou pour la victime) une action en justice en vue d'une indemnisation ?
|__| OUI |__| NON
Si oui, à quelle date ? |__||__| |__||__| |__||__||__||__| Devant quelle juridiction ? ……
……

DOMMAGES ET PREJUDICES

Quels sont les dommages et les préjudices subis ?
(doivent être résumés ici les dommages et les préjudices personnels et/ou économiques de la victime directe de l'accident vaccinal ainsi que, le cas échéant, les préjudices personnels et/ou économiques, subis par ses proches)

Date : |__||__| |__||__| |__||__||__||__|

Signature *

Nom du signataire :

Prénom du signataire :

Important : Vous venez de remplir votre formulaire. Pour que votre dossier soit complet, vous devez fournir de plus les pièces justificatives indiquées dans la fiche pratique ci-jointe.
Adressez votre dossier (par lettre recommandée avec accusé de réception) à l'ONIAM (services des vaccinations obligatoires) ou déposez-le au secrétariat du service missions spécifiques de l'ONIAM contre récépissé.

* La signature est celle du demandeur, ou de son représentant légal si le demandeur est un mineur ou un majeur protégé.

Certaines des informations contenues dans le présent document sont destinées aux fichiers de l'ONIAM ; le droit d'accès et de rectification peut être exercé auprès de l'ONIAM - Tour Gallieni II - 36, av. du Général de Gaulle - 93175 BAGNOLET Cedex (Loi n°78-17 du 6 janvier 1978).