

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATIONauprès de l'office national d'indemnisation des
accidents médicaux (ONIAM)**DOMMAGES CAUSES PAR LE VALPROATE DE SODIUM OU PAR L'UN
DE SES DERIVES****ETAT CIVIL - AUTRE VICTIME** Mme M.

Nom de naissance

Nom marital ou nom d'usage

Prénom

Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

Lieu de naissance

Adresse

Code postal |_|_|_|_|_| Commune

Pays :

Téléphones |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| // |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

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...):

Nom de la société

Adresse de la société

Code postal |_|_|_|_|_| Commune

Numéro de contrat :

Situation scolaire ou professionnelle:**Situation familiale :****Une personne de votre entourage a-t-elle déposé un dossier de demande d'indemnisation en qualité de
victime directe ?** OUI NON

Si oui, précisez le(s) prénom(s) et le(s) nom(s) :

Quel est votre lien avec ce(s) victime(s) directe(s)?

