

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION

auprès de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM)
Mesures sanitaires d'urgence

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 : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| // |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

Adresse électronique :@.....

Organisme de sécurité sociale

Nom de l'organisme :

Adresse de l'organisme :

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

.....

N° de sécurité sociale : |_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|

Si vous avez une protection complémentaire santé (mutuelle, compagnie d'assurance, ...)

Nom de la société :

Adresse de la société :

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

N° de contrat :

Situation au moment du dommage

emploi salarié, activité libérale

Précisez la profession :

.....

recherche d'emploi

étudiant, élève

retraité

maladie longue durée, invalidité

autres, précisez :

Situation actuelle (s'il y a lieu)

emploi salarié, activité libérale

Précisez la profession :

.....

recherche d'emploi

étudiant, élève

retraité

maladie longue durée, invalidité

autres, précisez :

Etat civil du demandeur*S'il n'est pas lui-même la victime*

Rappel : Si vous êtes amené à remplir d'un des deux cadres suivants, en qualité d'ayant droit ou de représentant 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 : **ayant droit d'une victime décédée¹**
 proche d'une victime non décédée²

<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> 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 : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ // _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Adresse électronique :@.....	
Si la victime est décédée, date du décès : _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ _	

Vous devez remplir le cadre suivant si vous êtes : **représentant légal d'une victime³**
 représentant légal d'un ayant droit³

<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M
Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
Code postal : _ _ _ _ _ _ _ _ Commune :	
Téléphones : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ // _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Adresse électronique :@.....	

Remarque : Si vous êtes plusieurs demandeurs (victime directe et proches de celle-ci), chaque demandeur doit remplir un formulaire.

¹ Par exemple : enfant, conjoint, héritier d'une personne décédée, ...

² Le proche d'une victime ne peut saisir l'ONIAM que si la victime, elle-même ou son représentant légal, a saisi l'office

³ Par exemple : parent d'un mineur, tuteur d'un majeur protégé, ...

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 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 :

