

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 décédée**¹

| | |
|--|----------------------------|
| <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 victime**²
 représentant légal d'un ayant droit²

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

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

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

² Par exemples : 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 :

Dommages et préjudices

Quels sont les dommages et les préjudices subis en lien avec votre (vos) vaccination(s) : (doivent être résumés les dommages et 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 : |_|_|_| / |_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|

Nom du signataire :

Prénom du signataire :

Signature³ :

Important : Vous venez de remplir votre formulaire. Pour que votre dossier soit complet, vous devez **fournir les pièces justificatives** indiquées dans la fiche pratique ci-jointe. Adressez votre courrier par **lettre recommandée avec accusé de réception à l'ONIAM** (service des missions spécifiques) ou déposez-le au secrétariat du service des missions spécifiques de l'ONIAM contre récépissé :
ONIAM - 1, place Aimé Césaire - CS 80011 - 93102 MONTREUIL CEDEX

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'ONIAM pour assurer le traitement amiable de votre demande d'indemnisation. La base légale du traitement est l'article L. 3131-4 du Code de la santé publique.
Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : médecins experts. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données : dpo@oniam.fr.
Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*

³ La signature est celle du demandeur ou de son représentant légal si le demandeur est mineur ou majeur protégé.