

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION

auprès de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM)  
**Domages causés par le Valproate de sodium ou par l'un de ses dérivés**

### Etat civil - Autre victime

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 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 nom(s) : .....

Quel est votre lien avec ce(s) victime(s) direct(s) : .....

## Dommages et préjudices

*Selon l'article L. 1142-24-10 du code de la santé publique, « toute personne s'estimant victime d'un préjudice à raison **d'une ou plusieurs malformations ou de troubles du développement** imputables à la prescription **avant le 31 décembre 2015** de Valproate de sodium ou de l'un de ses dérivés **pendant une grossesse**, ou le cas échéant, son représentant légal ou ses ayants-droits, peut saisir l'ONIAM en vue d'obtenir la reconnaissance de l'imputabilité de ces dommages à la prescription.*

### Quels sont les dommages subis ?

Date : .....

Signature<sup>1</sup> :

Nom du signataire : .....

Prénom du signataire : .....

**Important** : Vous venez de remplir votre formulaire. Pour que votre dossier soit recevable, vous devez fournir les pièces justificatives indiquées dans la liste des pièces ci-jointe.

Adressez votre dossier par tout moyen permettant d'attester de la date de son envoi à l'ONIAM (service Valproate de sodium) ou déposez-le au secrétariat du service Valproate de sodium 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 de votre demande d'indemnisation. La base légale du traitement est l'article L. 1142-24-10 du code de la santé publique. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : ONIAM, 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](mailto: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.*

<sup>1</sup> La signature est celle de la victime directe, de son représentant légal si la victime est mineur ou majeur protégé.