

# FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION

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

## Dommmages causés par le Benfluorex

### Etat civil de la victime

*A remplir dans otus les cas (quel que soit e 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<sup>1</sup>**  
 **proche d'un victime non décédée<sup>2</sup>**

<input type="checkbox"/> <b>Mme</b>	<input type="checkbox"/> <b>M</b>
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 : .....	
<b>Si la victime est décédée, date du décès :</b> .....	

**Vous devez remplir le cadre suivant si vous êtes :**  **représentant légal d'une victime<sup>3</sup>**  
 **représentant légal d'un ayant droit<sup>2</sup>**

<input type="checkbox"/> <b>Mme</b>	<input type="checkbox"/> <b>M</b>
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.

<sup>1</sup> Par exemples : enfant, conjoint, héritier d'une personne décédée, ...

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

<sup>3</sup> Par exemples : parent d'un mineur, tuteur d'un majeur protégé, ...

## Médicament(s) mis en cause (Information indispensable)

Selon l'article L. 1142-24-2 du code de la santé publique : « la demande (...) précise en outre le nom des médicaments qui ont été administrés »

**Lequel de ces médicaments vous a été prescrit** (cocher la ou les case(s) correspondante(s) ?)

**Médiator®**

Date(s) de prescription et/ou de prise de ce médicament :

du ..... au .....

du ..... au .....

**Benfluorex Qualimed®**

Date(s) de prescription et/ou de prise de ce médicament :

du ..... au .....

du ..... au .....

**Benfluorex Mylan®**

Date(s) de prescription et/ou de prise de ce médicament :

du ..... au .....

du ..... au .....

## Autres acteurs de santé auxquels vous souhaitez rendre la procédure opposable

Selon l'article L. 1142-24-2 du code de la santé publique, « l'auteur de la demande apporte tous les éléments utiles, notamment sur toute personne, autre que les exploitants du médicament (...) à qui il souhaite rendre la procédure opposable.

En complétant ce paragraphe, vous mentionnez l'identité des acteurs de santé dont vous souhaitez que la responsabilité soit examinée par le collège (cf fiche pratique p2).

### Coordonnées des autres acteurs de santé

distributeur (pharmacien)

établissement de santé (hôpital, clinique)

professionnel de santé (médecin)

autre

Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Commune : .....

distributeur (pharmacien)

établissement de santé (hôpital, clinique)

professionnel de santé (médecin)

autre

Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Commune : .....

## Autres procédures en cours

Attention : La loi prévoit les dispositions suivantes : « la victime informe l'office des procédures juridictionnelles éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, la personne informe le juge de la saisine de l'office ».

Vous devez, par conséquent, impérativement remplir le cadre ci-dessous (même si l'action en justice est terminée)

**Avez-vous engagé, pour vous-même ou pour la victime :**

**demande d'indemnisation amiable**

Si oui, auprès de qui ? .....

Si oui, avez-vous perçu une indemnisation ?  oui  non

**action en justice**

Si oui, à quelle date ? .....

Devant quelle juridiction ? .....

## Dommages et préjudices

*Selon l'article L. 1142-24-2 du code de la santé publique, « toute personne s'estimant victime d'un déficit fonctionnel imputable au benfluorex, ou le cas échéant, son représentant légal ou ses ayants-droits, peut saisir l'ONIAM en vue d'obtenir la réparation des préjudices en résultat.*

**Quels sont les dommages et les préjudices subis en lien avec la prise du médicament :** (doivent être résumés les dommages et les préjudices de la victime directe ainsi que, le cas échéant, les préjudices personnels ou économiques, subis par ses proches)

Date : .....

Nom du signataire : .....

Prénom du signataire : .....

Signature<sup>4</sup> :

**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 dossier **par lettre recommandée avec accusé de réception à l'ONIAM** (service Benfluorex) ou déposez-le au secrétariat du service Benfluorex 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. 1142-24-1 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>4</sup> La signature est celle du demandeur ou de son représentant légal si le demandeur est mineur ou majeur protégé.