

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION

auprès de l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)

Vaccinations obligatoires

ETAT CIVIL DE LA VICTIME

A remplir dans tous les cas (quel que soit le demandeur)

<input type="checkbox"/> Mme		<input type="checkbox"/> M.
Nom de naissance		
Nom marital ou nom d'usage		
Prénoms		
Date de naissance __ _ __ _ __ _ _ _ _		
Lieu de naissance		
Adresse		
Code postal __ _ _ _ _ _ Commune		
Téléphones __ _ __ _ __ _ __ _ __ _ // __ _ __ _ __ _ __ _ __ _		
Si vous avez une 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...) indiquez		
Nom de la société		
Adresse de la société		
Code postal __ _ _ _ _ _ _ Commune		
Numéro de contrat le cas échéant		
Situation au moment du dommage	Situation actuelle (s'il y a lieu)	
<input type="checkbox"/> emploi salarié, activité libérale	<input type="checkbox"/> emploi salarié, activité libérale	
précisez la profession	précisez la profession	
.....	
<input type="checkbox"/> en recherche d'emploi	<input type="checkbox"/> en recherche d'emploi	
<input type="checkbox"/> étudiant, élève	<input type="checkbox"/> étudiant, élève	
<input type="checkbox"/> retraité	<input type="checkbox"/> retraité	
<input type="checkbox"/> maladie longue durée, invalidité	<input type="checkbox"/> maladie longue durée, invalidité	
<input type="checkbox"/> autres, précisez.....	<input type="checkbox"/> autres, précisez.....	

ETAT CIVIL DU DEMANDEUR
s'il n'est pas lui-même la victime

Rappel : Si vous êtes amené à remplir l'un des deux cadres suivants, en qualité d'ayant droit ou de représentant légal 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 un 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 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ // _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Si vous avez une adresse électronique@.....	
Si la victime est décédée, précisez la date du décès _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

(1) Par exemple, enfant, conjoint, héritier d'une personne décédée

Vous devez remplir le cadre suivant si vous êtes - le représentant légal (3) d'une victime
- le représentant légal (3) d'un ayant-droit

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

(3) Par exemple, parent d'un mineur, tuteur d'un majeur protégé, etc.

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

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 à quel titre vous estimez que la (ou les) vaccination(s) a (ont) été rendue(s) obligatoire(s) (cochez la case correspondante) :

Activité professionnelle dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention, de soins ou hébergeant des personnes âgées.....

Précisez la profession exercée et le lieu d'exercice de l'activité professionnelle au moment de la réalisation de la ou des vaccination(s) mise(s) en cause

.....

Etudes préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé

Une part des études a-t-elle été effectuée dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins ? Oui Non

Précisez le type d'études poursuivies :

Vaccination(s) infantile(s).....

Autres (précisez) :

.....

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 ?

.....

