

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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Lieu de naissance	
Adresse	
Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Commune	
Téléphones <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> // <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Si vous avez une adresse électronique@.....	
Organisme de sécurité sociale	
Nom de l'organisme	
Adresse de l'organisme	
Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Commune	
Numéro de sécurité sociale <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Si vous avez une protection complémentaire santé (mutuelle, compagnie d'assurances...) indiquez	
Nom de la société	
Adresse de la société	
Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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.

