

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION

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

Contaminations par le Virus d'immunodéficience humaine (VIH) par
voie sanguine

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"/> <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"/> <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"/>			
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"/> <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 - ayant droit d'une victime décédée (1)
- proche d'une victime non décédée (2)

<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	
Lien avec la victime	
Adresse	
Code postal <input type="text"/> <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@.....	
Si la victime est décédée, précisez la date du décès <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

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

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

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 : <input type="text"/> <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@.....	

(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.

