

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION

auprès de la commission régionale de conciliation
et d'indemnisation des accidents médicaux,
des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI)

ETAT CIVIL DE LA VICTIME

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

Mme

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

emploi salarié, activité libérale
précisez la profession

en 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

en 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 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"/> | 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"/> | |

(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"/> | 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.

ACTEUR(S) DE SANTE MIS EN CAUSE

Quelles sont les coordonnées du ou des :

- ▶ professionnel (médecin ou autre),
- ▶ établissement de santé (hôpital, clinique...),
- ▶ laboratoire d'analyses médicales,
- ▶ cabinet de radiologie,
- ▶ producteur ou distributeur de produits de santé (médicaments, prothèses, etc),
- ▶ autres

que vous estimez être à l'origine des dommages ?

1- Nom

Adresse

Code postal |_|_|_|_|_|_|_|_| Commune

2- Nom

Adresse

Code postal |_|_|_|_|_|_|_|_| Commune

3- Nom

Adresse

Code postal |_|_|_|_|_|_|_|_| Commune

4- Nom

Adresse

Code postal |_|_|_|_|_|_|_|_| Commune

5- Nom

Adresse

Code postal |_|_|_|_|_|_|_|_| Commune

Quelles sont la ou les date(s) des actes médicaux à l'origine des dommages ?

.....
.....
.....
.....

Attention : la loi prévoit les dispositions suivantes : " la personne informe la commission régionale des procédures juridictionnelles relatives aux mêmes faits éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, la personne informe le juge de la saisine de la commission."

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) une action en justice en vue d'une indemnisation ?

OUI NON

Si oui, à quelle date ? |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_| Devant quel tribunal ?

.....

