

# FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION

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

Contaminations par le Virus de l'hépatite C (VHC) par voie sanguine

## 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"/> <b>Mme</b>   | <input type="checkbox"/> <b>M.</b> |
| 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 .....@.....   |                                    |
| <b>Si la victime est décédée, précisez la date du décès</b> <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"/> <b>Mme</b>   | <input type="checkbox"/> <b>M.</b> |
| 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, (victime directe et proches de celle-ci), chaque demandeur doit remplir un formulaire.



