

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION

auprès de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM)
Contaminations transfusionnelles par le VIH, VHC, VHB et HTLV

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 : //

Adresse électronique :

Organisme de sécurité sociale

Nom de l'organisme :

Adresse de l'organisme :

Code postal : Commune :

N° de sécurité sociale :

Si vous avez une protection complémentaire santé (mutuelle, compagnie d'assurance, ...)

Nom de la société :

Adresse de la société :

Code postal : Commune :

N° de contrat :

Situation au moment du dommage

emploi salarié, activité libérale

Précisez la profession :

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 :

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 d'un des deux cadres suivants, en qualité d'ayant droit ou de représentant 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 décédée¹**
 proche d'un victime non décédée²

Mme

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 : //

Adresse électronique :

Si la victime est décédée, date du décès :

Vous devez remplir le cadre suivant si vous êtes : **représentant légal d'une victime³**
 représentant légal d'un ayant droit³

Mme

M

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphones : //

Adresse électronique :

Remarque : Si vous êtes plusieurs demandeurs (victime directe et proches de celle-ci), chaque demandeur doit remplir un formulaire.

¹ Par exemples : 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

³ Par exemples : parent d'un mineur, tuteur d'un majeur protégé, ...

Demande d'indemnisation concernant

Une ou plusieurs cases à cocher :

VHC

VIH

VHB

HTLV

Transfusion(s) de produits sanguins ou injection(s) de médicaments dérivés du sang

Concernant l'hémophilie et les autres pathologies hémorragiques :

Nature et type de pathologie : Intensité de la pathologie :

Dates des injections (si connues) :

Lieux des injections (si connus) :

Pour compléter ces informations, vous êtes invité à communiquer copie du carnet d'hémophile ou de tout document ou certificat médical attestant de votre pathologie.

Concernant les autres pathologies ayant nécessité un (ou des) transfusion(s) :

Motif(s) de la (ou des) transfusion(s) :

Transfusions						
Dates						
Lieux						

Coordonnées du (ou des) médecin(s) en charge du suivi

Nom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Nom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Suivi médical (uniquement hépatite C)

Avez-vous bénéficié d'un traitement de votre infection VHC ? oui non

Si oui, date du dernier traitement : du au

en cours depuis le

Résultats des traitements : réponse virale prolongée⁴ depuis le

virus toujours détectable⁴ à ce jour

Suivi médical (uniquement hépatite B)

Présence dans le sang de l'AgHbs ? oui non

Si non, date de la dernière positivité AgHbs :

Dommages et préjudices

Quels sont les dommages et les préjudices subis en lien avec votre (vos) contamination(s) :

(doivent être résumés, ci-dessous ou sur papier libre, les dommages et préjudices personnels et/ou économiques de la victime directe de la contamination, ainsi que, le cas échéant, les préjudices personnels et/ou économiques subis par ses proches).

.....

.....

.....

.....

⁴ Cf glossaire dans la fiche pratique (bas de la page 1) jointe au formulaire

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 :

La présente saisine s'inscrit-elle dans le cadre d'un **sursis à statuer**⁵ ? oui non

Si oui, date de l'ordonnance de sursis :

Devant quelle juridiction :

La (ou les) transfusion(s) a (ont)-t-elle(s) été rendue(s) nécessaire(s) par un accident avec un **tiers responsable** ? oui non

Si oui, de quelle nature : accident de la voie publique acte de violence
 accident du travail autre, précisez :

Précisez les circonstances de l'accident :

Avez-vous bénéficié d'une indemnisation à ce titre ? oui non

Si oui, précisez les nom et coordonnées du (ou des) responsable(s) et de son (ou leur) éventuel(s) assureur(s) :

Identité du tiers responsable : Coordonnées :

Identité de l'assureur : Coordonnées :

Avez-vous saisi **l'Etablissement Français du sang** (EFS) d'une demande d'indemnisation ? oui non

Si oui, avez-vous perçu une indemnisation ? oui, précisez le montant : non

Remplir le 2 champs suivants uniquement en cas de contamination par le VIH :

Avez-vous bénéficié d'une indemnisation par le (ou les) **fonds de solidarité des hémophiles** ?

oui non

Si oui, précisez le montant :

Avez-vous saisi le **fonds de solidarité des transfusés et hémophiles** (FITH) d'une demande d'indemnisation ? oui non

Si oui, avez-vous perçu une indemnisation ? oui, précisez le montant : non

Date :

Signature⁶ :

Nom du signataire :

Prénom du signataire :

Important : Vous venez de remplir votre formulaire. Pour que votre dossier soit complet, vous devez **fournir les pièces justificatives** indiquées dans la fiche pratique ci-jointe. Adressez votre courrier par **lettre recommandée avec accusé de réception à l'ONIAM** (services des transfusés et hémophiles) ou déposez-le au secrétariat du service des missions spécifiques de l'ONIAM contre récépissé :
ONIAM - 1, place Aimé Césaire - CS 80011 - 93102 MONTREUIL CEDEX

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'ONIAM pour assurer le traitement de votre demande d'indemnisation. La base légale du traitement est l'article L. 3122-1 et l'article L. 1221-14 du code de la santé publique. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : ONIAM, médecins experts. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données : rgpd@oniam.fr.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

⁵ Cf partie « sursis à statuer » pour une définition des situations concernées

⁶ La signature est celle du demandeur ou de son représentant légal si le demandeur est mineur ou majeur protégé.