

# 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 |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_| // |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_|

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"/> <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"/> 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 (victime directe et proches de celle-ci), chaque demandeur doit remplir un 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) transfusions(s) a (ont)-t-elle(s) été rendues nécessaires par un accident avec un **tiers responsable** ?

OUI  NON

Si oui, de quelle nature ?

Accident de la voie publique

Acte de violences

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) tier(s) responsable(s) et de son (ou leur) éventuel(s) assureur(s) :

Tiers responsable : Identité : ..... Coordonnées : .....

Assureur éventuel : Identité : ..... Coordonnées : .....

Avez-vous saisi l'**Etablissement français du sang** d'une demande d'indemnisation ?

OUI  NON

Si oui, avez-vous perçu une indemnisation ?  OUI Précisez le montant : .....  NON

**Remplir les 2 champs suivants qu'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 d'indemnisation des transfusés et hémophiles** d'une demande d'indemnisation (FITH) ?

OUI  NON

Si oui, avez-vous perçu une indemnisation ?  OUI Précisez le montant : .....  NON

Date :  |  |  |

Signature (6)

Nom du signataire :

Prénom du signataire :

**Important :** Vous venez de remplir votre formulaire. Pour que votre dossier soit complet, vous devez fournir de plus les pièces justificatives indiquées dans la fiche pratique ci-jointe.

Adressez votre dossier (par lettre recommandée avec accusé de réception) à l'ONIAM (services des transfusés et hémophiles) ou déposez-le au secrétariat du service missions spécifiques de l'ONIAM contre récépissé.

(5) Pour une définition des situations de sursis à statuer, merci de vous en référer à la fiche pratique jointe au présent formulaire (VHC,VHB,HTLV)

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

Certaines des informations contenues dans le présent document sont destinées aux fichiers de l'ONIAM ; le droit d'accès et de rectification peut être exercé auprès de l'ONIAM - Tour Gallieni II - 36, av. du Général de Gaulle - 93175 BAGNOLET Cedex (Loi n°78-17 du 6 janvier 1978).