

# FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION

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

### Vaccinations obligatoires

#### 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  __ _   __ _   __ _ _ _ _		
Lieu de naissance .....		
Adresse .....		
Code postal  __ _ _ _ _ _  Commune .....		
Téléphones  __ _   __ _   __ _   __ _   __ _  //  __ _   __ _   __ _   __ _   __ _		
Si vous avez une adresse électronique .....@.....		
<b>Organisme de sécurité sociale</b>		
Nom de l'organisme .....		
Adresse de l'organisme .....		
Code postal  __ _ _ _ _ _  Commune .....		
Numéro de sécurité sociale  __   __ _   __ _   __ _   __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
<b>Si vous avez une protection complémentaire santé (mutuelle, compagnie d'assurances...) indiquez</b>		
Nom de la société .....		
Adresse de la société .....		
Code postal  __ _ _ _ _ _ _  Commune .....		
Numéro de contrat le cas échéant .....		
<b>Situation au moment du dommage</b>	<b>Situation actuelle (s'il y a lieu)</b>	
<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 un ayant droit d'une victime décédée (1)**

<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> 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  _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _  //  _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _	
Si vous avez une adresse électronique .....@.....	
<b>Si la victime est décédée, précisez la date du décès</b>  _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _ _	

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

**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 :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Commune .....	
Téléphones :  _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _  //  _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _	
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.

Précisez la nature de la (ou des) vaccination(s) que vous estimez être à l'origine des dommages :

.....  
.....

Indiquez la (ou les) date(s) d'injection(s) de la (ou des) vaccination(s) mise(s) en cause :

.....  
.....

Précisez à quel titre vous estimez que la (ou les) vaccination(s) a (ont) été rendue(s) obligatoire(s) (cochez la case correspondante) :

Activité professionnelle dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention, de soins ou hébergeant des personnes âgées.....

Précisez la profession exercée et le lieu d'exercice de l'activité professionnelle au moment de la réalisation de la ou des vaccination(s) mise(s) en cause .....

.....

Etudes préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé .....

Une part des études a-t-elle été effectuée dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins ? Oui  Non

Précisez le type d'études poursuivies :.....

Vaccination(s) infantile(s).....

Autres (précisez) : .....

.....

Précisez les coordonnées du (ou des) médecin(s) en charge de votre suivi :

Nom .....

Adresse .....

Code postal  Commune .....

Nom .....

Adresse.....

Code postal  Commune .....

Nom.....

Adresse.....

Code postal  Commune.....

Bénéficiez-vous d'une indemnisation au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ?

Oui  Non

Si non, une demande de reconnaissance à ce titre est-elle en cours ?

Oui  Non

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 ? .....

.....

