

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION

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

DOMMAGES CAUSES PAR LE BENFLUOREX

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"/>	
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"/>	
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"/>	

(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"/>	
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.

Date :

Signature *

Nom du signataire :

Prénom :

--

MEDICAMENT(S) MIS EN CAUSE (Information indispensable)

Article L.1142-24- 2 du code de la santé publique, "La demande (...) précise en outre le nom des médicaments qui ont été administrés".

Lequel de ces médicaments vous a été prescrit?

Merci de cocher la ou les case(s) correspondante(s)

Mediator®

Date(s) de prescription et/ou de prise de ce médicament :

Du --/--/---- au --/--/----

Du --/--/---- au --/--/----

Benfluorex Qualimed®

Date(s) de prescription et/ou de prise de ce médicament :

Du --/--/---- au --/--/----

Du --/--/---- au --/--/----

Benfluorex Mylan®

Date(s) de prescription et/ou de prise de ce médicament :

Du --/--/---- au --/--/----

Du --/--/---- au --/--/----

AUTRES ACTEURS DE SANTE auxquels vous souhaitez rendre la procédure opposable

En complétant ce paragraphe, vous mentionnez l'identité des acteurs de santé dont vous souhaitez que la responsabilité soit examinée par le collège (Cf. Fiche pratique p.2).

Selon l'article L. 1142-24-2 du code de la santé publique, " l'auteur de la demande apporte tous éléments d'informations utiles, notamment sur toute personne, autre que les exploitants du médicament (...) à qui il souhaite rendre la procédure opposable ".

Coordonnées des autres acteurs de santé auxquels vous souhaitez rendre la procédure opposable

1- distributeur (pharmacien) établissement de santé (Hôpital, clinique) professionnel de santé (médecin) Autres

Nom

Adresse.....

Code postal Commune

1- distributeur (pharmacien) établissement de santé (Hôpital, clinique) professionnel de santé (médecin) Autres

Nom

Adresse

Code postal Commune.....

AUTRES PROCÉDURES EN COURS

ATTENTION : La loi prévoit les disposition suivantes : " La victime informe l'office des procédures juridictionnelles éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, la victime informe le juge de la saisine de l'office".

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 demande d'indemnisation amiable? OUI NON Après de qui ?

Si oui, avez-vous perçu une indemnisation? OUI NON

► une action en justice? OUI NON

Si oui, à quelle date ? Devant quelle juridiction ?

