

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION

auprès de la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CCI)

### 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 décédée<sup>1</sup>**  
 **proche d'un victime non décédée<sup>2</sup>**

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 victime<sup>3</sup>**  
 **représentant légal d'un ayant droit<sup>3</sup>**

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.

<sup>1</sup> Par exemples : enfant, conjoint, héritier d'une personne décédée, ...

<sup>2</sup> Le proche d'une victime ne peut saisir l'ONIAM que si la victime, elle-même ou son représentant légal, a saisi l'office

<sup>3</sup> Par exemples : parent d'un mineur, tuteur d'un majeur protégé, ...

## Acteur(s) de santé mis en cause

Quelles sont les coordonnées du ou des :

- Professionnel de santé (médecin, autre),
- Etablissement de santé,
- Laboratoire d'analyses médicales,
- Cabinet de radiologue,
- Producteur ou distributeur de produits de santé (médicaments, prothèses, ...),
- Autres

que vous estimez être à l'origine des dommages ?

1- Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

2- Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

3- Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

4- Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

5- Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

**Quelles sont la (ou les) date(s) des actes médicaux à l'origine des dommages ?**

**Attention** : la loi prévoit les dispositions suivantes : « la personne informe la commission régionale des procédures juridictionnelles relatives aux mêmes faits éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, la personne informe le juge de la saisine de la commission. »

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 action en justice en vue d'une indemnisation ?**       oui       non

Si oui, à quelle date ? .....

Devant quelle juridiction : .....

## Dommages et préjudices

### Quels sont les dommages et les préjudices subis ?

(doivent être résumés ici les dommages et les préjudices de la victime directe de l'accident ainsi que, le cas échéant, les préjudices personnels ou économiques subis par ses proches)

Date : .....

Nom du signataire : .....

Prénom du signataire : .....

Signature<sup>4</sup> :

**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 dossier par lettre recommandée avec accusé de réception à la commission de conciliation et d'indemnisation correspondant au lieu de réalisation de l'acte médical en cause ou déposez-le au secrétariat de la commission contre récépissé.

*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. 1142-1 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](mailto: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.*

<sup>4</sup> La signature est celle du demandeur ou de son représentant légal si le demandeur est mineur ou majeur protégé.