

# 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)

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

Si vous avez une adresse électronique .....@.....

**Si la victime est décédée, précisez la date du décès** |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

(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

Mme  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.

**Date** : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Signature \*

Nom du signataire :

Prénom :



