

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)

ÉTAT CIVIL DE LA VICTIME

À 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: _____

ÉTAT 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 :

(Cochez la case correspondante à votre situation)

- Ayant droit d'une victime décédée** (Par exemple, enfant, conjoint, héritier d'une personne décédée)
- Proche d'une victime non décédée** (Le proche d'une victime ne peut saisir la CRCI que si la victime, elle-même ou son représentant légal, a saisi la commission)

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.....

@.....

Vous devez remplir le cadre suivant si vous êtes :

- Le représentant légal d'une victime**
- Le représentant légal d'un ayant-droit**

Par exemple, parent d'un mineur, tuteur d'un majeur protégé, etc.

Mme M

Nom _____

Prénoms _____

Adresse _____

Code postal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Commune

Téléphones

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

//

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si vous avez une adresse électronique

@.....

Remarque : Si vous êtes plusieurs demandeurs, vous pouvez soit reproduire cette page, soit mentionner ces mêmes informations sur papier libre.

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 :

Signature *

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

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 la **commission d'indemnisation** correspondant au lieu de réalisation de l'acte médical en cause ou déposez-le au secrétariat de la commission contre récépissé.

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