

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION**  
**auprès de la commission régionale de conciliation**  
**et d'indemnisation des accidents médicaux,**  
**des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI)**

**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.

## ACTEUR(S) DE SANTÉ MIS EN CAUSE

Quelles sont les coordonnées du ou des :

- ▶ professionnel (médecin ou autre),
- ▶ établissement de santé (hôpital, clinique...),
- ▶ laboratoire d'analyses médicales,
- ▶ cabinet de radiologie,
- ▶ producteur ou distributeur de produits de santé (médicaments, prothèses, etc.),
- ▶ 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 quel tribunal ? \_\_\_\_\_

## 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)

<p>Date :</p> <p>Nom du signataire :</p> <p>Prénom :</p>	<p>Signature *</p>
--	--------------------

\* 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 régionale 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).