



**DEMANDE D'INDEMNISATION EN QUALITE D'AYANT DROIT
D'UNE VICTIME DES ESSAIS NUCLEAIRES FRANCAIS
au titre de la loi n°2010-2 du 5 janvier 2010**

Ce formulaire et les documents demandés doivent être adressés

par lettre recommandée

avec demande d'avis de réception

au **Comité d'Indemnisation des Victimes des Essais Nucléaires :**

16 bis avenue Prieur de la Côte d'Or - 94114 Arcueil cedex.

**NOUS SOMMES LÀ POUR VOUS AIDER.
ACCUEIL TELEPHONIQUE AU 0 810 007 025
DU LUNDI AU JEUDI DE 9H00 A 16H30
LE VENDREDI JUSQU'A 16H
COUT DE L'APPEL : 0,04 € / minute**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'instruction des demandes d'indemnisation présentées par les victimes des essais nucléaires. Les données sont utilisées par les membres du comité d'indemnisation des victimes des essais nucléaires et les personnes liquidant les indemnités.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au ministère de la défense-DRH-MD-SA2P-SCIVEN-16 bis avenue Prieur de la Côte d'Or 94114 Arcueil Cedex.

Je certifie que les renseignements donnés dans le présent formulaire sont exacts.

Fait à.....le.....

Signature du demandeur

1

QUI ETES-VOUS ?

Veuve, veuf Concubin(e), pacsé(e) Fils, fille Ascendant Personne à charge

2

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE DECEDEE

M. Mme Mlle

Nom :

Epouse :

Prénoms :

Né(e) le :/...../..... à n°Dépt : Pays :

Décédé(e) le :/...../..... N° de sécurité sociale (joindre une photocopie de l'attestation Vitale):
.....

De quelle(s) maladie(s) la personne décédée était-elle porteuse ?
.....
.....
.....

Quels sont la date et le lieu du premier constat médical de la ou des maladie(s) ?
.....
.....
.....

Avez-vous des pièces justificatives de cette maladie ? OUI NON

Situation de famille :

célibataire marié(e) divorcé(e) veuf (ve) pacsé(e) concubin(e) .

SI ELLE ETAIT MILITAIRE OU ANCIEN MILITAIRE :

Percevait-elle une pension militaire d'invalidité pour un préjudice lié à l'exposition aux rayonnements ionisants ?

OUI NON

Ou

Avait-elle déposé une demande de pension militaire d'invalidité pour un préjudice lié à l'exposition aux rayonnements ionisants ?

OUI NON

Si oui, précisez auprès de quelle direction interdépartementale des anciens combattants :
.....

SI ELLE ETAIT CIVILE :

Percevait-elle une rente ou une allocation pour maladie professionnelle ou un capital pour un préjudice lié à l'exposition aux rayonnements ionisants ?

OUI NON

Ou

Avait-elle déposé une demande d'indemnisation pour ce préjudice ?

OUI NON

Si oui, précisez les nom et adresse de l'organisme :
.....

M. Mme Mlle

Nom :

Epouse :

Prénoms :

Né(e) le :/...../..... à n°Dépt : Pays :

Votre adresse :

N° de sécurité sociale (joindre une photocopie de l'attestation Vitale)

Nom et adresse de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dont vous dépendez :

Si la demande est formulée au nom d'un orphelin de moins de 18 ans, nom et adresse du représentant légal :

SI VOUS ETES AYANT DROIT D'UNE PERSONNE MILITAIRE OU ANCIEN MILITAIRE :

Percevez-vous une pension militaire d'invalidité de conjoint survivant ou d'ascendant?

OUI NON

Si oui, indiquer l'organisme payeur :

Ou

Avez-vous déposé une demande de pension militaire d'invalidité de conjoint survivant ou d'ascendant ?

OUI NON

SI VOUS ETES AYANT DROIT D'UNE PERSONNE CIVILE :

Percevez-vous une rente ou une allocation pour maladie professionnelle ou un capital en qualité d'ayant droit de cette personne décédée ?

OUI NON

Ou

Avez-vous déposé une demande d'indemnisation en qualité d'ayant droit de cette personne décédée ?

OUI NON

Nom et prénoms	Lien avec la personne décédée	Date de naissance

SI VOUS ETES AYANT DROIT D'UN MILITAIRE OU D'UN ANCIEN MILITAIRE	SI VOUS ETES AYANT DROIT D'UN CIVIL
Copie de votre carte nationale d'identité (recto-verso) ou de votre passeport en cours de validité	Copie de votre carte nationale d'identité (recto-verso) ou de votre passeport (<i>avec traduction pour les ressortissants étrangers</i>) en cours de validité
Copie de votre livret de famille mis à jour	Copie de votre livret de famille mis à jour
Extrait de votre acte de naissance avec mentions marginales <i>Pour les ressortissants du Maghreb :</i> Extrait d'acte de naissance avec mentions marginales <ul style="list-style-type: none"> ▪ avec traduction et ▪ acte de concordance ou acte d'individualité 	Extrait de votre acte de naissance avec mentions marginales <i>Pour les ressortissants du Maghreb :</i> Extrait d'acte de naissance avec mentions marginales <ul style="list-style-type: none"> ▪ avec traduction et ▪ acte de concordance ou acte d'individualité
Extrait de l'acte de décès de la victime	Extrait de l'acte de décès de la victime
Justificatif du PACS ou du concubinage ou de la vie maritale	Justificatif du PACS ou du concubinage ou de la vie maritale
Pour les périodes avant et après les essais : attestations mentionnant le nom et l'adresse de l'employeur du militaire décédé, la nature du métier exercé et les dates d'entrée et de cessation de fonction, certificat éventuel d'exposition aux rayonnements ionisants	Pour les périodes avant et après les essais : attestations mentionnant le nom et l'adresse de l'employeur de la personne décédée, la nature du métier exercé et les dates d'entrée et de cessation de fonction, certificat éventuel d'exposition aux rayonnements ionisants
Etat signalétique et des services complet et copie du livret médical militaire	Attestation de résidence ou de séjour pendant la période des essais nucléaires français (par ex : par le maire ou par le commandant de la brigade ou du détachement de gendarmerie)
Copie d'une page du carnet de soins gratuits (art 115 du CPMIVG) si en votre possession	Relevé de cotisations d'assurance-vieillesse (périodes validées)
Certificat médical original et récent décrivant la nature précise de la ou des maladies en relation avec les essais nucléaires français	Certificat médical original et récent décrivant la nature précise de la ou des maladies en relation avec les essais nucléaires français <i>(avec traduction pour les ressortissants étrangers)</i>
Toutes pièces médicales en votre possession faisant état de soins reçus au titre de la ou des affections concernées (certificats médicaux, compte rendus d'hôpitaux, bilans hospitaliers, examens spécialisés <i>avec traduction le cas échéant</i>) Ne pas joindre les clichés radiographiques, uniquement le(s) compte rendu(s).	Toutes pièces médicales en votre possession faisant état de soins reçus au titre de la ou des affections concernées (certificats médicaux, compte rendus d'hôpitaux, bilans hospitaliers, examens spécialisés <i>avec traduction le cas échéant</i>) Ne pas joindre les clichés radiographiques, uniquement le(s) compte rendu(s).
Tout document permettant d'apprécier la nature et l'importance des préjudices subis (certificat d'arrêt de travail, bulletin de salaire, déclaration de revenus, frais médicaux non remboursés, frais d'aménagement d'un véhicule et ou d'un logement adapté, perte d'une activité de loisir, etc...)	Tout document permettant d'apprécier la nature et l'importance des préjudices subis (certificat d'arrêt de travail, bulletin de salaire, déclaration de revenus, frais médicaux non remboursés, frais d'aménagement d'un véhicule et ou d'un logement adapté, perte d'une activité de loisir, etc...)