



DEMANDE D'INDEMNISATION EN QUALITE DE 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
DE L'ETRANGER indicatif + 01 42 31 95 64
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 indemnisations.

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

M. Mme Mlle

Nom :

Epouse :

Prénoms :

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

Votre adresse :

.....

N° de téléphone:.....

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

.....

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

.....

.....

Situation de famille :

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

SI VOUS ETIEZ MILITAIRE OU APPELE AU MOMENT DES ESSAIS NUCLEAIRES:

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

OUI NON

Ou

Avez-vous 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 VOUS ETIEZ CIVIL AU MOMENT DES ESSAIS NUCLEAIRES :

Employé de la défense Employé du CEA Entreprise(s) extérieure(s) Population résidente

Percevez-vous une indemnisation pour maladie professionnelle pour un préjudice lié à l'exposition aux rayonnements ionisants ?

OUI NON

Ou

Avez-vous déposé une demande d'indemnisation pour maladie professionnelle pour un préjudice lié à l'exposition aux rayonnements ionisants ?

OUI NON

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

.....

2

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

1) Pour quelle(s) maladie(s) faites-vous la présente demande ?

.....
.....
.....

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

.....
.....
.....

3

RUBRIQUE CONCERNANT L'EXPOSITION AU COURS DE LA CARRIERE MILITAIRE OU DU SERVICE NATIONAL

(si vous n'avez pas effectué de carrière militaire, porter la mention "NEANT" sur le tableau)

Affectation	Emploi occupé	Date de début	Date de fin	Circonstances et lieu d'exposition

RUBRIQUE A RENSEIGNER DANS LE CAS D'EMPLOIS CIVILS*(si vous n'avez pas effectué de carrière civile, porter la mention "NEANT" sur le tableau)*

Nom et adresse de la société/employeur et nature de son activité	Emploi occupé	Date de début	Date de fin	Dans cet emploi, pensez-vous avoir été exposé à des rayonnements ionisants, à des lasers ou à des ondes magnétiques ?
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

SI VOUS ETIEZ MILITAIRE ou APPELE AU MOMENT DES ESSAIS	SI VOUS ETIEZ CIVIL AU MOMENT DES ESSAIS
Copie de la carte nationale d'identité (recto-verso) ou du passeport en cours de validité	Copie de la carte nationale d'identité (recto-verso) ou du passeport (<i>avec traduction pour les ressortissants étrangers</i>) en cours de validité
Copie du livret de famille mis à jour	Copie du livret de famille mis à jour
Extrait d'acte de naissance	Extrait d'acte de naissance <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 d'individualité
Tout document officiel récapitulant le nom et l'adresse de vos employeurs et les fonctions que vous avez exercées avant et après les essais (attestations ou certificats d'employeurs ou contrats de travail ou fiches de paie ou justificatifs d'une caisse de retraite.....) avec certificat éventuel d'exposition aux rayonnements ionisants	Tout document officiel récapitulant le nom et l'adresse de vos employeurs et les fonctions que vous avez exercées avant, pendant et après les essais (attestations ou certificats d'employeurs ou contrats de travail ou fiches de paie ou justificatifs d'une caisse de retraite.....) avec 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)
La copie de votre attestation de carte vitale ou tout document officiel mentionnant le numéro de sécurité sociale et les coordonnées de votre caisse primaire d'assurance maladie	La copie de votre attestation de carte vitale ou tout document officiel mentionnant le numéro de sécurité sociale et les coordonnées de votre caisse primaire d'assurance maladie
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>	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...)