



Formulaire de demande

Indemnisation / réparation morale en cas de dommages consécutifs à une vaccination

Vous souhaitez déposer une demande de prestations financières en raison de dommages consécutifs à une vaccination. Pour traiter cette demande, nous avons besoin de votre aide. Nous vous prions de remplir le formulaire de manière aussi exacte et complète que possible, ainsi que de joindre les justificatifs nécessaires. Vos données seront traitées de manière confidentielle. N'oubliez pas de dater et de signer le formulaire.

Veillez envoyer le formulaire par la poste à l'adresse suivante :
Département fédéral de l'intérieur (DFI), Inselgasse 1, 3003 Berne.

Les documents suivants sont nécessaires pour traiter la demande :

- formulaire de demande
- formulaire complémentaire « Attestation médicale documentation du dommage et du vaccin »
- copie du carnet de vaccination / attestation de vaccination
- copie des justificatifs relatifs à des prestations d'assurance et à d'autres versements pertinents perçus

01. Données personnelles concernant le requérant¹ (personne ayant subi le préjudice)

Nom		
Prénom		
Rue, n°		
NPA, localité		
Date de naissance		
Sexe	Masculin	Féminin
Téléphone (facultatif)		
Courriel (facultatif)		
Etat civil/partenariat		
Profession/Activité		

02. Représentant légal pour la procédure

Avez-vous un représentant pour cette demande d'indemnisation / de réparation morale ?

Oui Non

Le cas échéant, par qui êtes-vous représenté (p.ex. parent, curateur, avocat) ?

--

Données personnelles concernant le représentant légal

Monsieur	Madame
Nom	
Prénom	

¹ Pour faciliter la lecture du document, le masculin générique est utilisé pour désigner les deux sexes.



Rue, n°	
NPA, localité	
Téléphone (facultatif)	
Courriel (facultatif)	

En cas de curatelle : veuillez joindre une copie de l'acte d'institution de la curatelle (décision de l'autorité de protection de l'adulte).

03. Informations relatives à la vaccination

Nom de la vaccination ou du vaccin	
Date de la vaccination	
Lieu de la vaccination	
Nom et adresse de la personne ou de l'institution qui a administré le vaccin :	
Nom	Adresse
Date d'apparition des premiers symptômes après la vaccination	
Durée de ces symptômes	
Veuillez décrire les symptômes apparus après la vaccination : Si nécessaire, veuillez utiliser une feuille supplémentaire.	
Date de la première consultation médicale (en raison des symptômes apparus après la vaccination)	
Nom et adresse des médecins ou institutions consultés en raison des symptômes décrits ci-dessus.	
Nom	Adresse
Nom	Adresse



Nom	Adresse
Nom	Adresse
Nom	Adresse
Avez-vous un médecin de famille ou un pédiatre ?	Oui Non
Si oui, veuillez indiquer son nom et son adresse.	
Nom	Adresse

04. Demandes du requérant

Indemnités (Dommages/coûts)

Liste détaillée des dommages n'ayant pas encore été indemnisés.

Par exemple : frais de prestations médicales, frais de traitement, perte de gain. Veuillez inscrire chaque poste de frais séparément et, dans la mesure du possible, joindre les justificatifs. Pour les frais médicaux (traitements, hospitalisations, etc.), veuillez joindre la facture de chaque fournisseur de prestations (médecin, thérapeute, etc.) ainsi que le décompte de l'assurance-maladie.

Dommages non encore couverts	Montant en CHF



Réparation morale (préjudice immatériel)

Description du préjudice immatériel, p. ex. préjudice immatériel résultant d'une altération grave de la santé physique ou psychique, pour lequel le requérant n'a encore perçu aucune prestation ou a reçu des prestations insuffisantes.

05. Prestations de tiers (subsidiarité)

Assurance-maladie

Après de quelle compagnie êtes-vous assuré pour l'assurance de base ?

Avez-vous une assurance complémentaire ? Oui Non

Le cas échéant, auprès de quelle compagnie d'assurance ?
(veuillez joindre une copie de la police d'assurance)

Avez-vous déjà perçu des prestations d'assurance pour le présent cas ?
Oui Non

Si oui, veuillez indiquer le montant perçu (joindre les justificatifs)

Montant en CHF



Si non, pourquoi pas ?

La procédure auprès de l'assurance-maladie est encore en cours.

Aucune demande de prestations n'a été déposée. Pour quelle raison ?

Autre

Autres assurances

Avez-vous reçu des prestations d'autres assurances ou d'autres prestations en raison des dommages consécutifs à la vaccination ?

Oui Non

Si oui:

Assurance-vie (nom, adresse)

Assurance invalidité AI (numéro d'assuré)

Assurance accidents LAA (numéro d'assuré)

Prestations complémentaires

Autres (le cas échéant : quelles prestations d'assurances ou autres avez-vous perçues ?
indiquer le nom et l'adresse de l'assureur ainsi que le numéro de référence) :

Veuillez joindre une copie des décisions y relatives.



Si aucune demande de prestations n'a été déposée auprès des assurances susmentionnées, veuillez en indiquer la raison.

Si nécessaire, veuillez utiliser une feuille supplémentaire.

Autres tiers

Avez-vous fait valoir des droits d'indemnisation ou de réparation morale à l'égard d'autres tiers ?

Oui Non

Si oui:

Responsabilité médicale / prestations éventuelles de l'assurance responsabilité civile du médecin

Responsabilité du fait du produit

Autre (p.ex. responsabilité de l'Etat)

La procédure engagée envers d'autres tiers est encore en cours.



Si non, veuillez en indiquer les raisons :

Aucune prestation n'a été demandée en raison de l'absence d'éléments justifiant une procédure en responsabilité civile.

Autre

--

Veuillez joindre une copie des décisions y relatives.

06. Levée du secret médical

Le requérant

Prénom, nom	
Date de naissance	

délie les médecins mentionnés ci-dessous du secret médical et les autorise à donner au DFI des informations complémentaires et les documents nécessaires pour traiter la demande d'indemnisation/de réparation morale pour le dommage/les dommages consécutif(s) à une vaccination.

Noms et adresses des médecins :

Nom	Adresse

Lieu et date :

--

Signature du requérant ou de son représentant légal :



07. Autorisation d'informer / de consulter le dossier

Le requérant

Prénom, nom	
Date de naissance	

autorise les services concernés (notamment les assureurs maladie, accident et autres) à donner au DFI les informations et l'accès aux documents nécessaires à l'examen du droit aux prestations d'indemnisation/de réparation morale demandées pour le dommage/les dommages consécutif(s) à une vaccination.

Lieu et date :

Signature du requérant ou de son représentant légal :

08. Signature

Le requérant atteste que ses réponses sont complètes et véridiques. Il est informé de son obligation de fournir au DFI toutes les informations et tous les documents nécessaires à l'examen de la demande. Le non-respect de ce devoir de collaboration peut entraîner le refus de prestations.

Lieu et date :

Signature du requérant ou de son représentant légal :



09. Annexes

Formulaire complémentaire « Attestation médicale documentation du dommage et du vaccin »

Copies des documents suivants :

Carnet de vaccination/attestation de vaccination

Factures de prestations médicales

Décomptes de l'assurance-maladie

Factures de thérapeutes

Justificatifs, factures, quittances

Décisions

Acte d'institution de la curatelle

Autres documents :

Veillez envoyer le formulaire par la poste à l'adresse suivante :
Département fédéral de l'intérieur (DFI), Inselgasse 1, 3003 Berne.

Etat : décembre 2016