



## 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 ? \_\_\_\_\_

