

COMITÉ D'INDEMNISATION DES VICTIMES DES ESSAIS NUCLÉAIRES

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION
EN QUALITÉ DE MILITAIRE OU CIVIL DEVANT
LE COMITÉ D'INDEMNISATION DES ESSAIS NUCLÉAIRES FRANÇAIS
au titre de la loi n° 2010-2 du 5 janvier 2010 modifiée

Ce formulaire et les pièces demandées doivent être adressés
par **lettre recommandée avec demande d'accusé de réception** au
Comité d'Indemnisation des Victimes des Essais Nucléaires
101, rue de Grenelle 75 007 PARIS
(👉 nouvelle adresse à compter du 8 novembre 2019 👈)

NOUS SOMMES LÀ POUR VOUS AIDER

ACCUEIL TÉLÉPHONIQUE au 01 42 75 72 30 (depuis la métropole)
ou (00) 33 1 42 75 72 30 (depuis l'outre-mer et l'étranger)

du lundi au vendredi de 9h00 à 12h00 et de 13h30 à 16h30 (heure de métropole)

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, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au secrétariat du Comité d'indemnisation des victimes des essais nucléaires – 101, rue de Grenelle 75 007 PARIS

Conformément à l'article 13 du Règlement (UE) 2016/679 du 27/04/16 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, le responsable de traitement est le Comité d'indemnisation des victimes des essais nucléaires (CIVEN). Les données collectées dans ce formulaire sont destinées uniquement au CIVEN.

Pour contacter le délégué à la protection des données (DPD) ou exercer votre droit d'accès aux données vous concernant, vous pouvez nous contacter
par courrier à l'adresse suivante :
Comité d'indemnisation des victimes des essais nucléaires - À l'attention du délégué à la protection des données (DPD)
101, rue de Grenelle 75 007 PARIS

ou par courriel à : secretariat@civen.fr

1 RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

M. Mme Mlle célibataire marié(e) divorcé(e) veuf(ve) pacsé(e) concubin(e)

Nom :

Epouse :

Prénoms :

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

Île ou atoll :

Votre adresse ou boîte postale à ce jour, à laquelle nous pouvons vous écrire :

.....

.....

N° de téléphone : N° de mobile :

Votre adresse mail ou une adresse mail à laquelle le CIVEN pourra facilement vous contacter :

.....

N° de sécurité sociale : N°CPS (Polynésie) :

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

.....

.....

Nom et coordonnées de votre conseil juridique, de la personne ou de l'association qui vous représente (*facultatif*) :

.....

SI VOUS ÉTIEZ MILITAIRE OU APPELÉ AU MOMENT DES ESSAIS NUCLÉAIRES :

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 :

.....

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

OUI NON

SI VOUS ÉTIEZ CIVIL AU MOMENT DES ESSAIS NUCLÉAIRES :

Employé de la défense Employé du CEA Autre(s) employeurs(s) Population résidente

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 :

.....

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

2**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

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

.....

.....

.....

2) Quand (mois/année) et où (centre médical) avez-vous eu connaissance de cette (ces) maladie(s) ? :

.....

.....

.....

3
EXPOSITION AU COURS DE VOTRE CARRIÈRE MILITAIRE OU DU SERVICE NATIONAL (si vous n'avez pas effectué de carrière militaire ni de service national, porter la mention "NEANT" sur le tableau)

Date de début	Date de fin	Nom et adresse de l'employeur	EMPLOI occupé TRAVAIL effectué LIEU(X) d'exercice de l'activité	Circonstances et lieux d'exposition

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

Date de début	Date de fin	Nom et adresse de l'employeur	EMPLOI occupé TRAVAIL effectué LIEU(X) d'exercice de l'activité	Circonstances et lieux d'exposition

LIEUX DE RÉSIDENCE EN ALGÉRIE OU EN POLYNÉSIE FRANÇAISE PENDANT LA PÉRIODE DES ESSAIS

Date de début	Date de fin	Adresse	Code postal	Commune

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

En signant ce formulaire, je suis informé que les informations y figurant seront saisies dans une application informatique dont l'utilisation est réservée au traitement de ma demande par le personnel du CIVEN

Fait à.....le.....

Signature du demandeur

- Copie de la carte nationale d'identité (recto-verso) ou du passeport en cours de validité (*avec traduction assermentée pour les ressortissants étrangers*).
- Copie du livret de famille mis à jour (mairie).
- Acte de naissance avec mentions marginales de moins de 3 mois (de moins de 6 mois en fonction des contraintes particulières pour les demandeurs hors de France métropolitaine).
- Copie de l'attestation de carte vitale - ou CPS - ou tout document officiel mentionnant le numéro de sécurité sociale et les coordonnées de la ou des caisse(s) primaire(s) d'assurance maladie.

Pour les ressortissants de l'Algérie :

- Acte de naissance avec mentions marginales de moins de trois mois avec traduction assermentée.
- Acte d'individualité.

Résidence

- Attestations officielles de résidence ou de séjour pendant la période des essais nucléaires français (mairie).

Profession

- Tout document officiel récapitulant le nom et l'adresse de vos employeurs et vos fonctions exercées pendant les essais (attestations ou certificats d'employeurs ou contrats de travail ou fiches de paie ou justificatifs d'une caisse de retraite,...).

Pour les militaires

- Etat signalétique et des services complets.
- Copie du livret médical militaire.

Maladie

Toutes pièces médicales en votre possession décrivant la nature précise de la (ou des) maladie(s) en relation avec les essais nucléaires (*avec traduction assermentée le cas échéant pour les ressortissants étrangers*) :

- Certificats médicaux.
- Comptes rendus d'hospitalisation, avec compte-rendu anatomo-pathologique (diagnostic précis).
- Comptes rendus d'exams spécialisés - **ne pas joindre les clichés radiographiques, uniquement le(s) compte(s) rendu(s)**.

Autres indemnisations

Toute pièce justificative relative à une pension militaire d'invalidité ou une déclaration de maladie professionnelle en lien avec l'affection concernée.

Toute information qu'il vous semble importante de transmettre aux membres du Comité.

Dans le cas où votre demande d'indemnisation est acceptée,
il vous sera demandé de fournir 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.

Centre médical de suivi de Polynésie française

rue des Poilus tahitiens - BP 611 - 98 713 Papeete Tahiti - Tél : 40 46 01 97

(les lundi/mardi et jeudi de 6h30 à 12h00 et de 13h30 à 16h30 ; les mercredi et vendredi de 6h30 à 12h30)

Ambassade de France en Algérie / Service des anciens combattants d'Alger

BP 61 - 16035 Hydra Alger - Tél : 0770 80 00 82 / 0550 90 06 28 / 0661 59 10 10