



**1****RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AYANT-DROIT**

M.  Mme  Mlle       Veuve, veuf     Partenaire survivant (PACS, concubinage)   
 Fils, fille     Ascendant     Autre  (précisez) : .....

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 :  
 .....

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

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

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

Percevait-elle une pension militaire d'invalidité ?      OUI     NON     Si oui, joindre les justificatifs  
 Percevez-vous une pension de réversion au titre de cette pension militaire d'invalidité ?  
 OUI     NON     Si oui, joindre les justificatifs

**SI VOUS ÊTES AYANT DROIT D'UNE PERSONNE CIVILE :**

Percevait-elle une rente ou une allocation pour maladie professionnelle ou un capital ?  
 OUI     NON     Si oui, joindre les justificatifs  
 Percevez-vous une rente ou une allocation pour maladie professionnelle ou un capital en qualité d'ayant droit ?  
 OUI     NON     Si oui, joindre les justificatifs

**LES AUTRES AYANTS DROIT :**

Nom et Prénom	Lien avec la personne décédée	Date de naissance

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

concubin(e)  Autres  (précisez) : .....

Nom : .....

Epouse : .....

Prénoms : .....

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

Décédé(e) le : ...../...../..... Île/atoll de naissance : .....

Adresse pendant la période des essais nucléaires (joindre un certificat de résidence)

.....

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

De quelle(s) maladie(s) la personne décédée était-elle atteinte ? :

.....

.....

.....

Date et lieu du premier constat médical de la ou des maladie(s) :

.....

.....

**SI CETTE PERSONNE ÉTAIT MILITAIRE OU APPELÉ AU MOMENT DES ESSAIS NUCLÉAIRES :**

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

Percevait-elle une 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 CETTE PERSONNE ÉTAIT CIVILE AU MOMENT DES ESSAIS NUCLÉAIRES :**

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

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

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

.....

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

<b>Date de début</b>	<b>Date de fin</b>	<b>Adresse</b>	<b>Code postal</b>	<b>Commune</b>

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

**AYANT DROIT D'UN MILITAIRE DE CARRIÈRE, D'UN APPELÉ DU CONTINGENT OU D'UN CIVIL****Documents concernant l'ayant-droit**

- Copie de votre carte nationale d'identité (recto-verso) ou de votre passeport en cours de validité (*avec traduction assermentée pour les ressortissants étrangers*).
- Acte de notoriété (à demander à votre notaire) ou certificat d'hérédité (à demander à votre mairie).
- Acte de fredha (*pour les ressortissants de l'Algérie*).

**Documents concernant la personne décédée**

- 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 du livret de famille mis à jour (et justificatif de PACS, concubinage,...).
- Acte de décès.
- Acte d'individualité avec traduction assermentée (*pour les ressortissants de l'Algérie*).
- Copie de l'attestation de carte vitale - ou CPS - de la personne décédée ou tout document officiel mentionnant son numéro de sécurité sociale et les coordonnées de la ou des caisse(s) primaire(s) d'assurance maladie.

**Résidence**

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

**Profession**

- Tout document officiel récapitulant le nom et l'adresse des employeurs de la personne et les fonctions qu'elle a 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'examens spécialisés - **ne pas joindre les clichés radiographiques, uniquement le(s) compte 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