



Formulaire de demande

Indemnisation / réparation morale en cas de dommages consécutifs à une vaccination selon la loi sur les épidémies (LEp ; RS 818.101)

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.

1. Données personnelles concernant la personne ayant subi le préjudice

Nom	
Prénom	
Rue, n°	
NPA, localité	
Date de naissance	
Téléphone	
Courriel	
Profession/Activité	

Veillez joindre une copie de votre document d'identité

2. Représentation pour la procédure

Êtes-vous représenté pour cette demande d'indemnisation / de réparation morale ?

Oui Non

Le cas échéant, qui vous représente (p.ex. parent, curateur, avocat) ?

Données personnelles concernant la personne qui vous représente

Nom	
Prénom	
Rue, n°	
NPA, localité	
Téléphone	
Courriel	

Veillez joindre une procuration en faveur de la personne vous représentant ou une copie de son mandat légal ainsi qu'une copie de son document d'identité.

3. Informations relatives à la vaccination

Nom de la vaccination ou du vaccin (et numéro de lot, si connu)	
Date de la vaccination	
Lieu de la vaccination / canton	

Nom et adresse de la personne ou de l'institution qui a administré le vaccin :	
Nom :	Adresse :

Veillez joindre l'attestation de vaccination

4. Informations relatives aux symptômes

Date d'apparition des premiers symptômes après la vaccination	
Durée de ces symptômes	
Veillez 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)	

Veillez indiquer ci-après les médecins et institutions consultés en raison des symptômes décrits ci-dessus :

Nom de l'institution (Hôpital, Clinique), service(s) consulté(s) et adresse	Nom du ou des médecins consultés	Dates de consultation et/ou hospitalisation

Avez-vous un médecin de famille ou un pédiatre ?	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, veuillez indiquer son nom et son adresse.	
Nom	Adresse

Merci de joindre les rapports médicaux en votre possession. Ils nous seront utiles pour examiner le lien de causalité entre la vaccination et vos problèmes de santé, condition devant nécessairement être remplie pour avoir droit à une indemnisation.

5. Levée du secret médical

La personne soussignée

Prénom, nom	
Date de naissance	

délie tous les médecins mentionnés à la section 4 ci-dessus, respectivement les cheffes ou chefs de service des institutions consultées, 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.

Lieu et date :

--

Signature de la personne ayant subi le préjudice ou de la personne la représentant (joindre dans ce cas une procuration l'autorisant à délier les médecins du secret médical) :

6. Dommages réclamés

Liste des dommages (par ex. frais médicaux, perte de gain, autre poste du dommage) n'ayant pas encore été indemnisés par un tiers, notamment par l'assurance maladie ou par d'autres assurances (Pour les frais médicaux, veuillez indiquer le total dans le tableau 6.1 et faire une liste détaillée dans le tableau 6.2)

6.1 Tableau des dommages réclamés (total par poste de dommages) :

Veuillez inscrire chaque poste de dommages séparément et, joindre les justificatifs. Si nécessaire, veuillez détailler, pour chaque poste de dommages, les montants sur une feuille supplémentaire.

Postes des dommages non encore couverts	Total en CHF (par poste de dommages)
Total des frais médicaux non couverts (selon tableau détaillé de la section 6.2)	
Total de la perte de gain réclamée	

Autre poste du dommage réclamé :	
----------------------------------	--

Autre poste du dommage réclamé :	
Autre poste du dommage réclamé :	

Veillez joindre tous les justificatifs. Pour le poste « perte de gains », veuillez joindre vos décomptes de salaire et les décomptes de prestations de l'éventuelle assurance perte de gain.

6.2 Tableau détaillé des frais médicaux non couverts par l'assurance maladie de base mais prescrits par un médecin.

La franchise annuelle légale ou contractuelle et la participation annuelle obligatoire de CHF 700.- ne sont pas considérées comme des dommages au sens de la LEp. Par conséquent, si vous ne faites valoir que ces montants à titre de dommage non couvert, celui-ci ne pourra pas être indemnisé.

Nom et adresse du prestataire et nature de la prestation	Date de la prestation	Montant non remboursé et motif invoqué par l'assurance maladie

Veillez joindre la facture de chaque fournisseur de prestations (médecin, thérapeute, etc.) ainsi que la prescription médicale et les décomptes de l'assurance maladie.

7. Réparation morale (préjudice immatériel)

Selon l'art. 65 LEp, seule une **grave** atteinte à la santé physique ou psychique peut justifier une indemnité financière à titre de réparation morale. Celle-ci représente la reconnaissance par la collectivité publique de la situation difficile dans laquelle le dommage occasionné par la vaccination a placé la personne lésée. Son but est d'adoucir la souffrance physique ou psychique provoquée par le dommage consécutif à la vaccination. Elle est accordée uniquement dans les cas d'atteintes graves, comme des atteintes irréversibles ou de très longue durée, ou dans des circonstances particulières telles que des processus de guérison longs et compliqués et/ou des souffrances intenses.

Pour évaluer la gravité de l'atteinte, les facteurs suivants sont notamment pris en compte : réversibilité de l'atteinte, durée de l'incapacité de travail, durée de l'hospitalisation, nature du traitement médical (opérations, etc.), bouleversement de la vie professionnelle ou privée. Le tort moral maximal pouvant être accordé selon la loi est de CHF 70'000.-, ce qui équivaut à une grave atteinte irréversible à la santé (cf. fourchettes pour la fixation de la réparation morale en cas de dommages consécutifs à des vaccinations, figurant sur la page internet consacrée à l'indemnisation en cas de dommages consécutifs à une vaccination).

Description du préjudice immatériel :

8. Prestations de tiers (subsidiarité)

Des prestations financières ne peuvent être versées que si le dommage n'est pas couvert par un tiers (ex. assurances) ou si la couverture par le tiers est insuffisante. Si une demande de prestations est en cours au moment du dépôt de la présente demande, la procédure d'indemnisation pourra être suspendue en attente de la décision du tiers.

8.1 Prestations des assurances maladie

Après de quelle compagnie avez-vous conclu une assurance de base ?

Joindre une copie de la police d'assurance

Avez-vous une ou des assurance(s) complémentaire(s) ? Oui Non

Le cas échéant, auprès de quelle compagnie d'assurance ?

8.2 Prestations d'autres assurances ou d'autres tiers

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

Oui Non

Si oui, auprès de quelle(s) autre(s) assurance(s) ou tiers ?

Assurance invalidité AI (*joindre une copie de la demande*)

Assurance perte de gain : veuillez indiquer les noms de la compagnie d'assurances et de l'employeur:

Autres assurances : veuillez indiquer le nom de la compagnie d'assurance (*joindre une copie de la demande*)

Autres tiers (ex. médecin, fabricant du vaccin, etc.) : veuillez indiquer le nom du tiers (*joindre une copie de la demande*)

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

Oui Non

Si oui:

Assurance invalidité AI

Assurance perte de gain

Autres assurances : veuillez indiquer le nom de la compagnie d'assurance.

Autres tiers (ex. médecin, fabricant du vaccin, etc.)

Veuillez joindre tous les documents pertinents, notamment les décomptes et décisions.

9. Autorisation d'informer / de consulter le dossier

La personne soussignée

Prénom, nom	
Date de naissance	

autorise les services concernés notamment Swissmedic (pour le dossier de pharmacovigilance), 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, date et signature de la personne ayant subi le préjudice ou de la personne la représentant (*joindre dans ce cas une procuration*)

10. Signature

La personne ayant subi le préjudice atteste que ses réponses sont complètes et véridiques. Elle est informée 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, date et signature de la personne ayant subi le préjudice ou de la personne la représentant (*joindre dans ce cas une procuration*) :

11. Annexes

Veillez joindre à la demande toutes les pièces justificatives énumérées dans les sections 1 à 10, à savoir :

- Copie du document d'identité (cf. 1)
- Procuration ou copie du mandat légal (curatelle, tutelle, etc.) et document d'identité du représentant (cf. 2)
- Carnet de vaccination ou attestations de vaccination (cf. 3)
- Rapports médicaux (cf. 4)

- Justificatifs pour les dommages non couverts listés sous point 6.1 (ex. décomptes de salaire, décomptes de prestations de l'assurance perte de gain, etc.)

- Justificatifs pour les frais médicaux non couverts listés sous point 6.2 : prescription(s) médicale(s), facture(s) des fournisseurs de prestations, décomptes de l'assurance maladie

- Copies des polices d'assurance maladie de base et complémentaires (cf. 8.1)

- Copie des documents pertinents, notamment décomptes ou décisions d'autres assurances ou d'autres tiers (cf. 8.2)

- Autres documents : _____

Veillez envoyer le formulaire daté et signé ainsi que toutes les annexes par la poste à l'adresse suivante :

Département fédéral de l'intérieur (DFI), Secrétariat général, Inselgasse 1, 3003 Berne