

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION
EN QUALITÉ D'AYANT DROIT 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

NOUS SOMMES LÀ POUR VOUS AIDER

Vous pouvez contacter un agent du CIVEN par téléphone, du lundi au vendredi de 9h00 à 12h00 et de 13h30 à 16h30 (heure de la métropole), merci de composer les numéros suivants :

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

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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AYANT DROIT

Civilité :	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Adresse postale/Boîte postale :Ville : Code Postal : Numéro de téléphone : Email (important pour vous contacter plus facilement) :
	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Concubin(e)/ Célibataire	
Nom d'usage (ou épouse)		
Nom de jeune fille		
Prénom(s)		
Date de naissance		
Lieu de naissance	Ville : N° Département : Ile ou atoll :	
Lien avec la victime (mère, père, sœur...)		

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE DECEDÉE

Civilité :	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Adresse postale/Boîte postale :Ville: Code Postal:
	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Concubin(e)/ Célibataire	
Nom d'usage (ou épouse)		
Nom de jeune fille		
Prénom(s)		
Date de naissance		
Lieu de naissance	Ville / île ou atll..... Code postal :	
Date du décès		
N° d'affiliation à la Sécurité sociale ou CPS		
Office notarial en charge de la succession (si succession déjà ouverte)		

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SUIVI DE VOTRE DOSSIER

Représentant <i>(représentant légal, avocat ou association, facultatif)</i>	
Coordonnées du représentant	Rue : Complément d'adresse : Boite postale : Code postal : Ile ou atoll :
Coordonnées d'un contact, <i>merci de préciser le lien avec le demandeur (par exemple : mairie, ami(e), assistante sociale, famille)</i>	Nom : Prénom : Rue : Complément d'adresse : Boite postale : Code postal : Ile ou atoll N° de téléphone : Adresse mail :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT SON SUIVI MEDICAL

Maladie(s) pour laquelle/lesquelles la demande est présentée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ ▪ ▪
Date(s) du/des diagnostic(s)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ ▪ ▪
Etablissements médicaux ou il ou elle a réalisé ses soins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ ▪ ▪

Remplir uniquement le (ou les) cas pour le(s)quel(s) il ou elle a été concerné(e) :

1. Il ou elle n'a jamais travaillé pour le Centre d'expérimentation du Pacifique (remplir l'encadré ci-dessous uniquement)

	Date de début	Date de fin	Adresse/Boîte postale/ Code postal	Commune/Atoll
Adresses de résidence durant les essais nucléaires	A partir du 2 juillet 1966			
		31/12/1998		

⇒ Si la personne décédée a travaillé pour le Centre d'expérimentation du Pacifique (Armée, CEA ou entreprise sous-traitante) merci de bien vouloir remplir la page suivante

2. Il ou elle a exercé une activité professionnelle pour le Centre d'expérimentation des essais nucléaires dans le Pacifique (remplir l'encadré ci-dessous uniquement)

Son employeur durant les essais nucléaires	<p>PERSONNEL CIVIL/POPULATION RESIDENTE</p> <p><input type="checkbox"/> Employé(e) du Ministère des Armées</p> <p><input type="checkbox"/> Employé(e) du CEA</p> <p><input type="checkbox"/> Autre(s) employeur(s) (notamment entreprise sous-traitante du CEA) :</p>
	<p>PERSONNEL MILITAIRE</p> <p><input type="checkbox"/> Armée de Terre</p> <p><input type="checkbox"/> Armée de l'air</p> <p><input type="checkbox"/> Marine nationale</p>

	Date de début	Date de fin	Lieu(x) d'affectation (Site d'essais, bâtiment base,..)	Unité d'affectation	Commune/Atoll
Ses affectations durant les essais nucléaires	A partir du 2 juillet 1966				
			31/12/1998		

Détaillez ses missions durant les essais nucléaires	
--	--

3. Il ou elle a exercé une activité professionnelle au Sahara au Centre d'expérimentation des Oasis (In Ecker) et/ou au Centre Saharien des expérimentations militaires (Reggane) (remplir l'encadré ci-dessous uniquement)

Son employeur durant les essais nucléaires	PERSONNEL MILITAIRE <input type="checkbox"/> Armée de Terre <input type="checkbox"/> Armée de l'air
	PERSONNEL CIVIL <input type="checkbox"/> Employé(e) du ministère des Armées <input type="checkbox"/> Employé(e) du CEA <input type="checkbox"/> Autre(s) employeur(s) (notamment entreprise sous-traitante de CEA) :

	Date de début	Date de fin	Site d'essais (Reggane ou In Ecker)	Unité d'affectation
Ses affectations durant les essais nucléaires uniquement	A partir du 13/02/1960			
			31/12/1967	

Détaillez ses missions durant les essais nucléaires	
--	--

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

En signant ce formulaire, je suis informé(e) 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

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Pièces relatives à l'ayant droit

- 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 indiquant le lien avec la personne décédée (mairie)
- Acte de notoriété (uniquement s'il est déjà en votre possession).

Pour les ressortissants de l'Algérie :

- Acte de fredha (pour les ressortissants de l'Algérie).

Pièces relatives à la personne décédée

- Copie du livret de famille mis à jour (et justificatif de PACS, concubinage, ...),
- Acte de décès,
- Attestations officielles de résidence ou de séjour pendant la période des essais nucléaires français (mairie) ou témoignage(s),
- Acte d'individualité avec traduction assermentée (pour les ressortissants de l'Algérie),

Profession

- Relevé de carrière et/ou tout document officiel indiquant le nom et l'adresse de ses employeurs, 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 :

- L'état signalétique et des services et copie du livret médical militaire.

Maladie

- Compte-rendu anatomo-pathologique (diagnostic précis) et 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,
- Comptes rendus d'examens spécialisés - **ne pas joindre les clichés radiographiques, uniquement le(s) compte(s) rendu(s).**

Autre indemnisation

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

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

COORDONNEES UTILES

Haut-Commissariat de la République en Polynésie française

43 avenue Pouvana'a a Oopa - BP 115 - 98713 Papeete – Tél : +689/ 40.46.87.00 et 87.78.01.64

Du lundi au jeudi de 7h30 à 11h30 et de 13h30 à 16h00 ; le vendredi de 7h30 à 11h30 et de 13h30 à 15h00
saitg-loimorin@polynesie-francaise.pref.gouv.fr

Centre médical de suivi de Polynésie française

Rue des Poilus tahitiens - BP 611 - 98 713 Papeete Tahiti - Tél : +689/ 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