



Formulaire de demande d'indemnisation en cas de dommages consécutifs à une vaccination

Avis important : Le formulaire est à remplir de manière électronique en luxembourgeois, français ou allemand. Il est à envoyer, dûment complété, daté et signé, au Ministère de la Santé à l'adresse postale ou l'adresse mail figurant dans l'entête.

*Les champs marqués d'un * sont obligatoires.*

1 Renseignements sur le demandeur

1.1 Données de la personne vaccinée ayant subi le dommage

Nom et prénom du demandeur* :

Numéro d'identification national (N° Matricule)* :

Profession* :

Adresse* :

Code postal* :

Localité* :

N° de téléphone* :

Adresse e-mail :

La personne ayant subi des dommages consécutifs à une vaccination est-elle mineure ou est-t-elle décédée ?

Oui

Non



1.2 Représentant légal ou, en cas de décès de la personne vaccinée, ayants droit

Note : Le point 1.2. doit seulement être rempli lorsque la personne ayant subi des dommages consécutifs à une vaccination est mineure ou qu'elle est décédée.

Nom et prénom* :

Qualité* : Père / mère
 Conjoint
 Partenaire
 Enfant
 Tuteur
 Curateur
 Autre représentant légal désigné par un jugement

Adresse* :

N° de téléphone* :

Adresse e-mail:

1.3 Coordonnées bancaires du demandeur

Titulaire du compte* :

Code BIC* :

Code IBAN* :

2 Informations relatives à la vaccination

Type de vaccination* :

Nom du vaccin :

Date de la (des) vaccination (s)* :

Lieu de la (des) vaccination(s)* :



Nom et adresse de la personne ou de
l'institution ayant administré le(s) vaccin(s) :

Date d'apparition des premiers symptômes
après la vaccination * :

Durée de ces symptômes * :

Description des symptômes apparus après la vaccination (veuillez indiquer svp tout symptôme qui vous semble pertinent pour motiver votre demande d'indemnisation des dommages consécutifs à la vaccination. *):



Date de la 1ère consultation médicale en raison des symptômes après la vaccination * :

Nom et adresse des médecins et institutions consultés en raison des symptômes décrits ci-dessus * :

Nom	Adresse

Avez-vous un médecin de famille ou un pédiatre ?

Non

Oui. Dans ce cas, veuillez indiquer son nom et son adresse :

3 Demandes du requérant

Enumérez les dommages pour lesquels vous demandez une indemnisation (p.ex. Frais de prestations médicales, frais de traitement, incapacité physique permanente, incapacité de travail, perte de gain, frais funéraires). Veuillez inscrire chaque poste de frais séparément et, dans la mesure du possible, joindre les justificatifs. Pour les frais médicaux (traitements, hospitalisations, etc.), veuillez joindre le mémoire d'honoraires de chaque prestataire (médecin, thérapeute, etc.) ainsi que le décompte de l'assurance maladie.

Damage (s)	Montant des frais



4 Prestations des assurances sociales et autres tiers

4.1 Assurance maladie

Nom de la caisse de maladie
compétente * :

- CNS
- CMFEP
- CMFEC
- Entraide médicale des CFL
- RCAM
- Autre

Si vous bénéficiez d'une autre
caisse maladie, merci de
l'indiquer :

Avez-vous une société de
secours mutuels ? Si oui,
veuillez indiquer le nom et
l'adresse *

En annexe, vous pouvez trouver
une liste des sociétés de secours
mutuels

4.2 Assurance maladie complémentaire privée

Bénéficiez-vous d'une indemnisation d'une assurance maladie privée en raison des dommages consécutifs à la vaccination ?

Non

Oui

Si, oui veuillez indiquer le(s)
dommage(s) indemnisé(s) et
le(s) montant(s) alloué(s)*:

Si oui, veuillez indiquer le nom
de la compagnie d'assurance et
l'adresse*:



Si oui, veuillez indiquer la
référence du dossier* :

4.3 Chômage, revenu d'inclusion sociale ou autre allocation

Bénéficiez-vous d'indemnités de chômage, d'un revenu d'inclusion social ou d'une autre allocation en raison des dommages consécutifs à la vaccination?

Non

Oui

Si oui, veuillez indiquer quelle
indemnité* :

Si oui, veuillez indiquer le nom
de l'organisme débiteur* :

- FNS
- ONIS
- ADEM
- Autre

S'il s'agit d'un autre organisme
débiteur, merci d'indiquer le
nom :

4.4 Assurance pension

Bénéficiez-vous d'une pension (invalidité, vieillesse ou de survie) en raison des dommages consécutifs à la vaccination ?

Non

Oui

Si oui, veuillez indiquer laquelle
* :

- Pension d'invalidité
- Pension de vieillesse
- Pension de survie
- Pension d'orphelin

Si oui, veuillez indiquer le nom
de l'organisme débiteur* :

- CNAP
- CGPO
- Autre

S'il s'agit un autre organisme
débiteur, veuillez indiquer le
nom de l'organisme débiteur :



4.5 Assurance dépendance

Bénéficiez-vous de prestations de l'assurance dépendance en raison des dommages consécutifs à la vaccination ?

Non

Oui

Si oui, veuillez indiquer
lesquelles * :

Si oui, veuillez indiquer la
référence du dossier* :

4.6 Assurance accident

Bénéficiez-vous de prestations de l'assurance accident en raison des dommages consécutifs à la vaccination ?

Non

Oui

Si oui, veuillez indiquer
lesquelles* :

Si oui, veuillez indiquer la
référence du dossier* :

4.7 Autres tiers

Avez-vous fait valoir des droits d'indemnisation à l'égard d'autres tiers (p. ex. assurance responsabilité civile du médecin, assurance responsabilité du fait des produits défectueux) ?

Non

Oui. Dans ce cas, veuillez préciser la démarche que vous avez entamée :



5 Pièces justificatives à joindre à la demande

Veillez attester la présence des documents requis en cochant les cases correspondantes * :

- Formulaire complémentaire « Attestation médicale du dommage consécutif à une vaccination »
- Copie du carnet de vaccination ou du (des) certificat(s) de vaccination
- Le cas échéant, une copie du justificatif relatif à votre qualité de représentant légal (p.ex. une copie du jugement ayant institué le tuteur, curateur ou le représentant légal) ou, en cas de décès de la personne vaccinée, d'ayant-droit (p.ex. une attestation de l'Administration de l'enregistrement, des domaines et de la TVA).
- Relevé d'identité bancaire
- Le cas échéant, une copie des factures ou mémoires d'honoraires relatifs aux frais des prestations médicales ou traitements qui font l'objet de la présente demande et des preuves de paiement (extrait bancaire)
- Le cas échéant, une copie du décompte de l'assurance maladie pour les prestations médicales ou de traitements qui font l'objet de la présente demande
- Le cas échéant, une copie de la police d'assurance maladie complémentaire privée avec les justificatifs des prestations perçues pour les dommages consécutifs à la vaccination
- Le cas échéant, une copie des décisions relatives aux prestations des assurances sociales (chômage, REVIS, pension, dépendance, accident, ...) ou aux prestations d'autres tiers pour les dommages qui font l'objet de la présente demande
- Le cas échéant, une copie de la demande ou du décompte d'éventuelles autres indemnisations demandées ou perçues par le demandeur
- Le cas échéant le certificat de décès de la personne concernée
- Toute autre pièce que vous estimez utile à l'appui de votre demande

6 Levée du secret médical et autorisation d'informer et de consulter le dossier

Par sa signature ci-dessous, le requérant délève les médecins mentionnés ci-dessous du secret médical et les autorise à donner au ministère et à la direction de la Santé, ainsi qu'à d'éventuels experts désignés dans le cadre de l'instruction de la présente demande, des informations complémentaires et les documents nécessaires pour traiter cette demande d'indemnisation.

Par sa signature, le requérant autorise également les services des assurances sociales et autres tiers mentionnés ci-dessus à fournir au ministère de la Santé les informations et l'accès aux documents nécessaires à l'examen du droit aux indemnisations demandées pour les dommages consécutifs à une vaccination.



7 Signature

Par sa signature ci-dessous, le requérant certifie l'exactitude des déclarations ci-dessus et s'engage à fournir tous les changements ultérieurs y relatifs.

Fait à* :	<input type="text"/>
le* :	<input type="text"/>
Prénom et nom* :	<input type="text"/>
Signature* :	<input type="text"/>

Retour du formulaire

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli, signé et accompagné des pièces justificatives par E-mail à indemnisation.vaccination@ms.etat.lu ou par courrier à l'adresse postale ci-dessous :

Ministère de la Santé
L - 2935 Luxembourg



8 Annexe : Liste des sociétés de secours mutuels

Caisse médico-complémentaire mutualiste (CMCM)
Association mutualiste Grand-ducale des Militaires et Anciens Militaires luxembourgeois (AMAM)
Mutuelle de la Police Grand-Ducale
Caisse Générale de Prévoyance Mutualiste
Mutuelle des Douanes et Accises
Mutuelle de décès des fonctionnaires et employés du C.C.A.
Mutuelle de l'ALEBA
Mutuelle des (Chef)-Cantonniers du Grand-Duché
Mutuelle du Personnel du Groupe Post Luxembourg
Mutuelle de l'ACAL
Caisse de Décès, Mutuelle des Enseignants
Sterbekassen-Unterstützungsverein der Luxemburgischen Eisenbahner
Mutuelle des Agents des Chemins de Fer Luxembourgeois
Mutuelle des Cheminots de Chemin de Fer P.H. Pétange ASBL
Mutuelle vun den Lëtzebuerger Pompjeeën
Caisse Complémentaire Mutualiste Dudelange
Caisse de Décès Mutualiste Arbechter Ennerstetzungsverein Scheffleng
AEV Kayl
Caisse de décès Mutualiste
Société de Prévoyance Mutuelle Spuerkeess
SYPROLUX Mutuelle
Mutuelle fir d'Personal vun der Gemeng Lëtzebuerg
Mutuelle de la section Esch-Alzette du LCGB
Caisse d'Entraide des Ouvriers de la Métallurgique et Minière de Rodange/Athus
NGL – SNEP Mutualitätskasse
Mutuelle des Salariés et Agents du Groupe La Luxembourgeoise
Caisse de Décès de la Ligue Ouvrière Dudelange
Caisse Mutuelle des Professions Libérales et Indépendantes



Mutuelle de l'Union Grand-Duc Adolphe (UGDA)

Mutuelle – CDPEM – Mutuelle fir jidderen

Oeuvre CGFP de Secours Mutuels

OGB-L Caisse de décès mutualiste

Mutuelle de l'AMUSE

Mutuelle du Centre Culturel Islamique Luxembourg

Mutuelle de la FNCTTFEL – Landesverband

Mutuelle de l'Association des Clercs de Notaire

Luxmill Mutuelle

Caisse de secours mutuels des sportifs – CSMS