

**Demande de transmission de documents médicaux personnels
dans le cadre de la constitution
d'un dossier de demande d'indemnisation CIVEN**

M. / Mme⁽¹⁾ (NOM/Prénom)né(e) le
àet demeurant à l'adresse géographique suivante :
.....
Adresse postale : Boîte Postale Code Postal
Commune
Téléphone : Courriel :

Depuis le 1^{er} janvier 2022, des agents de la mission chargée du suivi des dossiers liés aux conséquences des essais nucléaires au sein du Haut-Commissariat ont pour mission d'accompagner les potentielles victimes ou leurs ayant-droits dans la constitution des dossiers de demande d'indemnisation auprès du Comité d'indemnisation des victimes des essais nucléaires (CIVEN) au titre de la loi n°2010-2 du 5 janvier 2010 relative à la reconnaissance et à l'indemnisation des victimes des essais nucléaires français (dite « loi Morin »).

S'agissant des actes relevant du secret médical, les démarches ne peuvent être effectuées que par un médecin.

A ce titre, j'autorise le médecin désigné par arrêté du HAUT-COMMISSAIRE, à demander en mon nom certains documents nécessaires à la complétude de mon dossier en cours de constitution dans le cadre du processus de demande d'indemnisation au titre de victime des essais nucléaires. Ce médecin restera seul destinataire de ces documents confidentiels.

Pour réaliser cet accompagnement des demandeurs concernant la constitution du volet médical du dossier de demande d'indemnisation, le docteur désigné par arrêté du Haut-commissaire est le docteur **Christian HELLEC**.

Je sollicite par la présente l'aide du Dr Christian HELLEC en qualité de⁽²⁾ :

victime

ayant-droit de :

M. / Mme/Melle⁽¹⁾ (NOM/Prénom)
né(e) le à décédé(e) le à
en tant que (compléter la filiation).....

1 - Demande d'actes et de documents médicaux

De ce cadre, **JE désigne le Dr Christian HELLEC pour solliciter les actes suivants** ⁽²⁾:

en mon nom au titre d'ayant-droit :

- | | | | | |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| - Comptes rendus divers (hospitalisation ou spécialisés) | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| - Compte rendu d'anatomocytopathologie | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| - Relevé d'hospitalisation | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| - Relevé de prescription en longue maladie | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| - Copie intégrale du dossier médical | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| - Code pathologie | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| - Protocole de mise en longue maladie et/ou prolongation | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| - Identité du médecin prescripteur | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |

La transmission des pièces demandées se fera sous pli, portant la mention « Confidentiel », transmis par voie postale à l'adresse suivante :

Haut-commissariat de la République en Polynésie française
A l'attention du Docteur Christian HELLEC (Mission suivi post nucléaire)
BP 115
59, avenue Pouvana'a a Oopa
98 713 PAPEETE

2 - Complétude du dossier

Le Dr Christian HELLEC, propose au DEMANDEUR d'effectuer un pré-contrôle de la complétude du volet médical du dossier de demande d'indemnisation, sans préjudice de l'appréciation portée in fine par le CIVEN.

Je souhaite bénéficier de ce service ⁽²⁾

et consent à ce que le médecin, désigné par arrêté du HAUT-COMMISSAIRE, puisse à ce titre prendre connaissance des documents de nature médicale susceptibles de figurer dans le dossier.

Je ne souhaite pas en bénéficier ⁽²⁾.

Le Dr Christian HELLEC, muni de toutes les pièces médicales, propose au DEMANDEUR de produire le certificat médical requis attestant que la potentielle victime est/était atteinte de l'une des maladies figurant sur la liste du Décret n° 2014-1049 du 15 septembre 2015.

Je souhaite bénéficier de ce service ⁽²⁾

Je ne souhaite pas en bénéficier ⁽²⁾.

Fait à le

Signature :