



Formulaire de demande de réparation d'une maladie due à l'amiante

1. Identité du malade

Numéro de registre national	<input type="text"/>	< voir le verso de la carte d'identité
Nom	<input type="text"/>	< pour les femmes: nom de jeune fille
Prénom	<input type="text"/>	< prénom officiel
Date de naissance	<input type="text"/>	< jour/mois/année
Rue, numéro et boîte	<input type="text"/>	
Code postal et commune	<input type="text"/>	
Téléphone / GSM	<input type="text"/>	< accessible entre 9 et 17 heures
E-mail	<input type="text"/>	
Numéro de compte	<input type="text"/>	
Rôle linguistique	<input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> néerlandais <input type="checkbox"/> allemand	< cochez ce qui convient

2. Exposition à l'amiante

Où, quand et comment avez-vous/le malade a-t-il été exposé à l'amiante?

- Dans l'environnement Dans le cadre du travail (complétez les cases 5 et 6) A l'étranger (complétez la case 6C) Aucune idée (complétez tous)

Donnez l'adresse et une description de la situation :
.....
.....
.....

Quelqu'un de votre entourage (famille, autres) était-il en contact avec l'amiante au travail?

- Oui Si oui: qui?
- Non Si oui: décrivez la situation:
- Aucune idée

Avez-vous habité/travaillé/étudié près d'une usine traitant de l'amiante?

- Oui Si oui: quelle usine?
- Non Si oui: combien de temps?
- Aucune idée Si oui: décrivez la situation:

Avez-vous passé du temps dans des bâtiments/locaux contenant de l'amiante? (maison, école, ateliers ...?)

- Oui Si oui: quelle durée/fréquence?
- Non Si oui: décrivez la situation:
- Aucune idée

Avez-vous travaillé avec de l'amiante en dehors de votre profession? (p. ex. bricolage)

- Oui Si oui: combien de temps?
- Non Si oui: décrivez la situation:
- Aucune idée

Autre exposition?

- Oui Si oui: combien de temps?
- Non Si oui: décrivez la situation:
- Aucune idée

3. Votre mutualité

< Ci-contre, veuillez coller une vignette ou cocher le nom de votre caisse d'assurance maladie.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Mutualités Chrétiennes | <input type="checkbox"/> 4. Mutualités Libérales |
| <input type="checkbox"/> 2. Mutualités Neutres | <input type="checkbox"/> 5. Mutualités Libres |
| <input type="checkbox"/> 3. Mutualités Socialistes | <input type="checkbox"/> 6. Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité |
| <input type="checkbox"/> Autre : | |

4. Situation sociale

Percevez-vous une indemnité pour maladie professionnelle d'une institution belge ou étrangère?

- Oui | Si oui: depuis quand? ___ / ___ / _____
 Non | de quelle institution?

Percevez-vous une indemnité de maladie d'un organisme belge ou étranger?

- Oui | Si oui: depuis quand? ___ / ___ / _____
 Non | de quelle institution?

Percevez-vous ou avez-vous perçu un autre dédommagement pour votre maladie due à l'amiante d'un organisme belge ou étranger ?

- Oui | Si oui: depuis quand? ___ / ___ / _____
 Non | lequel?

Percevez-vous une pension de retraite ou de survie belge ou étrangère?

< Si vous avez introduit une demande, vous pouvez également remplir la date de prise de cours à venir et l'institution.

- Oui | Si oui: depuis quand? ___ / ___ / _____
 Non | de quelle institution? Office National des Pensions
 Autre:

5. Formation: à compléter si vous avez eu une exposition professionnelle

< Cochez le niveau d'études le plus élevé et mentionnez l'année d'obtention du certificat ou du diplôme

- Enseignement primaire pas achevé
 Enseignement primaire achevé en _____
 Enseignement secondaire inférieur achevé en _____
 Enseignement secondaire supérieur achevé en _____
 Enseignement supérieur non universitaire ou universitaire achevé en _____

6. Carrière professionnelle: à compléter si vous avez eu une exposition professionnelle en tant que salarié ou indépendant

< Si vous avez trop peu d'espace pour tout noter, vous pouvez ajouter une feuille

< Donnez une description très précise du travail que vous exerc(i)ez effectivement (par ex. "démolition d'installations de chauffage" et non "ouvrier" ou "employé").

< Notez aussi si vous avez été indépendant

A. Votre employeur actuel (ou le dernier) en Belgique

Période d'occupation		Nom et adresse de l'employeur	Nature du travail
Date de début	Date de fin		

B. Carrière professionnelle complète à l'étranger

Avez-vous travaillé à l'étranger? Oui Non

Période d'occupation		Nom et adresse (+ pays) de l'employeur	Nature du travail
Date de début	Date de fin		

C. Employeur(s) chez qui vous avez probablement contracté votre maladie professionnelle

Période d'occupation		Nom et adresse de l'employeur	Nature du travail
Date de début	Date de fin		

Je demande réparation pour une maladie due à l'amiante et confirme que la déclaration ci-dessus est complète et véridique.

Date: ___ / ___ / _____

Signature:

Renvoyez ce formulaire, avec l'attestation médicale AFA 02 F au
Fonds amiante - Avenue de l'Astronomie 1 - 1210 Bruxelles

Les données ci-dessus seront traitées conformément aux dispositions de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Ces données sont recueillies en vue de l'application de la législation relative à la sécurité sociale. Si vous souhaitez prendre connaissance des données vous concernant ou si vous souhaitez les faire rectifier, veuillez vous adresser par écrit à Fedris.