



### 3. Autres ayants-droit éventuels

Prénom	+	Nom	Numéro de registre national
.....		.....	.....-.....-.....
Lien avec le (la) défunt(e): <input type="checkbox"/> conjoint(e) <input type="checkbox"/> cohabitant(e) légal(e) <input type="checkbox"/> fils <input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> autre: .....			
.....		.....	.....-.....-.....
Lien avec le (la) défunt(e): <input type="checkbox"/> conjoint(e) <input type="checkbox"/> cohabitant(e) légal(e) <input type="checkbox"/> fils <input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> autre: .....			
.....		.....	.....-.....-.....
Lien avec le (la) défunt(e): <input type="checkbox"/> conjoint(e) <input type="checkbox"/> cohabitant(e) légal(e) <input type="checkbox"/> fils <input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> autre: .....			
.....		.....	.....-.....-.....
Lien avec le (la) défunt(e): <input type="checkbox"/> conjoint(e) <input type="checkbox"/> cohabitant(e) légal(e) <input type="checkbox"/> fils <input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> autre: .....			

### 4. Mutualité du (de la) défunt(e): à remplir uniquement si le (la) défunt(e) n'avait pas encore introduit une demande auprès du Fonds amiante

< Ci-contre, veuillez coller une vignette ou cocher le nom de la 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: .....	

### 5. Exposition à l'amiante: à remplir uniquement si le (la) défunt(e) n'avait pas encore introduit une demande auprès du Fonds amiante

Où, quand et comment le (la) défunt(e) avait-t-il (elle) été exposé(e) à l'amiante?

- Dans l'environnement       Dans le cadre du travail       A l'étranger       Aucune idée  
(compléter la case 6)      (compléter tout)

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

.....

.....

.....

Quelqu'un de l'entourage du (de la) défunt(e) (famille, autres) était-il (elle) en contact avec l'amiante au travail?

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

Le (la) défunt(e) a-t-il (elle) 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: décrire la situation: .....

Le (la) défunt(e) a-t-il (elle) passé du temps dans des bâtiments/locaux contenant de l'amiante? (maison, école, ateliers ...?)

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

Le (la) défunt(e) a-t-il (elle) travaillé avec de l'amiante en dehors de sa profession? (ex. bricolage)

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

Autre exposition?

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

**6. Carrière professionnelle: à compléter si le (la) défunt(e) n'avait pas encore introduit une demande auprès du Fonds amiante et si l'exposition était professionnelle**

- < Si vous avez trop peu d'espace pour tout noter, vous pouvez ajouter une feuille
- < Donner une description très précise du travail que le (la) défunt(e) exerçait effectivement (par ex. "démolition d'installations de chauffage" et non "ouvrier" ou "employé").

**A. Dernier employeur 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**

→ La victime a-t-elle 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 la victime a probablement contracté la maladie professionnelle**

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

**7. Identité des médecins qui ont traité le (la) défunt(e)**

**Médecin de famille**

Prénom + Nom

Rue, numéro et boîte

Code postal et commune

Numéro de téléphone

Fax

E-mail

**Pneumologue ou interniste**

Prénom + Nom

Rue, numéro et boîte

Code postal et commune

Numéro de téléphone

Fax

E-mail

## 8. Identification et mission du médecin

Le (la) requérant(e) prie le docteur ..... < *Nom, prénom et adresse  
complète du médecin qui a  
constaté le décès ou qui a  
suivi l'état de santé de la  
victime et à qui il est  
demandé de remplir la  
seconde partie du formulaire.*

de répondre de manière complète et sincère aux questions posées dans ce formulaire et éventuellement aux questions supplémentaires émanant des médecins du Fonds amiante.

Je demande réparation du décès de la personne mentionnée à la rubrique 1, des suites d'une maladie due à l'amiante. Je certifie que la présente déclaration est sincère et complète

Date: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature: .....

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.



### 3. Lieu et circonstances du décès

► Où la victime est-elle décédée ? (cocher)

- à son domicile
- dans l'institution mentionnée sous la rubrique 2
- autre (préciser le lieu) .....

► Dans ce dernier cas, description succincte des circonstances du décès: .....

### 4. Renseignements médicaux généraux

► Si vous avez examiné le (la) patient(e) de son vivant, date du dernier examen: .....

► Description succincte des principaux antécédents médico-chirurgicaux:

► Description succincte du traitement habituel l'année précédant le décès:

► Modification éventuelle du traitement les dernières semaines précédant le décès:

► La victime a-t-elle été hospitalisée ou suivie par un spécialiste les deux dernières années qui ont précédé le décès ?  OUI  NON

Si oui, veuillez nous communiquer les nom et adresse du spécialiste et/ou de l'hôpital (Vous ne devez pas remplir ces données si les rapports médicaux sont joints)

## 5. Renseignements spécifiques concernant les causes et les circonstances du décès

► La victime est-elle décédée soudainement?  OUI  NON

► Une autopsie a-t-elle été effectuée ?  OUI  NON

Si oui, veuillez joindre le rapport d'autopsie.

► La victime présentait-elle avant le décès, des signes de:

insuffisance respiratoire  OUI  NON

insuffisance cardiaque  OUI  NON

pneumopathie aiguë  OUI  NON

accident vasculaire cérébral  OUI  NON

affection néoplasique  OUI  NON

autre affection: précisez .....

► Décrire la nature et l'évolution de cette (ces) affection(s) (si elles ne sont pas décrites dans les rapports médicaux joints)

► Quelle est, selon vous, la cause du décès? Justifier votre réponse.

## 6. Documents médicaux à joindre (ces documents sont essentiels pour l'examen de la demande)

► **Dans tous les cas:** tous les rapports médicaux fournissant des informations pertinentes concernant le décès

► **En cas de mésothéliome, cancer du poumon ou cancer du larynx:** les rapports du spécialiste relatifs au diagnostic (rapport anatomopathologique), au traitement et à l'évolution

► **En cas d'asbestose ou d'épaississements pleuraux diffus bilatéraux:** (documents à joindre dans la mesure où ils ont trait aux deux dernières années précédant le décès)

les rapports d'hospitalisation et/ou les rapports de consultation du pneumologue et/ou de l'interniste

les examens tomodensitométriques du thorax (images sur CD-rom + protocoles)

les résultats d'échographie cardiaque

les tracés et les résultats des épreuves fonctionnelles respiratoires et mesure de la diffusion

les résultats de la gazométrie sanguine

le cas échéant: joindre la preuve de la nécessité d'une oxygénothérapie prolongée ou l'accord du médecin conseil de la mutuelle pour cette oxygénothérapie

**Je soussigné(e) certifie que la présente déclaration est complète et sincère.**

Nom		Cachet
Adresse		
N° INAMI		
Téléphone		
Fax		
E-mail		

Signature du médecin:

Date: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_