



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 décrivez la situation:
 Aucune idée

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

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

Autre exposition?

- Oui Si oui: combien de temps?
 Non 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 véritable.

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.



Protection de vos données personnelles¹

En vertu du Règlement général de protection des données (RGPD) de l'Union européenne², nous vous informons des raisons pour lesquelles Fedris utilise vos données personnelles et des droits que vous pouvez faire valoir par rapport à ces données.

Dans quels buts traitons-nous vos données ?

Nous avons besoin de vos données pour exécuter nos missions légales relatives aux risques professionnels dans le cadre de la sécurité sociale³. Par exemple :

- donner suite à votre demande et traiter votre dossier
- vous communiquer une décision de notre organisme
- calculer et payer une indemnité à laquelle vous avez droit
- rembourser vos soins de santé
- contrôler les entreprises d'assurances et les employeurs en matière de risques professionnels
- réaliser des études scientifiques et statistiques à des fins de prévention

Combien de temps conservons-nous vos données ?

Vos données seront conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution des traitements ci-dessus et/ou pendant la durée requise en tant que preuve légale, avec un maximum de 30 ans après votre décès.

À qui vos données sont-elles éventuellement communiquées ?

Nous sommes susceptibles de transmettre tout ou une partie de vos données aux personnes et institutions avec lesquelles Fedris collabore. Il s'agit principalement des destinataires suivants :

- d'autres organismes publics : SPF Finances, ONSS, SFP (pensions), INASTI (indépendants)...
- les organismes bancaires via lesquels Fedris exécute les paiements aux bénéficiaires
- votre mutualité ou tout autre organisme bénéficiant d'un droit de subrogation
- vos prestataires de soins (médecins, prothésistes...)
- les médecins et avocats avec lesquels Fedris collabore
- le service de la médecine du travail de votre employeur
- les juridictions saisies d'une procédure judiciaire
- l'entreprise d'assurances de votre employeur (en cas d'accident du travail)
- votre employeur ou votre établissement d'enseignement

Quels sont vos droits par rapport à vos données ?

1. Demander de quelles données personnelles Fedris dispose à votre sujet
2. Obtenir une copie de ces données
3. Demander l'effacement de ces données (sous réserve)
4. Demander la rectification de ces données
5. Savoir si les décisions prises par Fedris ont été automatisées ou non
6. Retirer votre consentement si vous l'avez donné auparavant

Comment pouvez-vous exercer vos droits par rapport à vos données?

Contactez le délégué à la protection des données (DPD) par e-mail à privacy@fedris.be ou par courrier à Fedris, service Sécurité de l'information, avenue de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles.

Une réclamation ?

Écrivez à : Autorité de protection des données, rue de la Presse 35, 1000 Bruxelles.

¹ Responsable du traitement des données : Agence fédérale des risques professionnels, avenue de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles

² Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016

³ Loi du 3 juillet 1967 sur la réparation des dommages résultant des accidents du travail, des accidents survenus sur le chemin du travail et des maladies professionnelles dans le secteur public, loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, lois coordonnées du 3 juin 1970 relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci, loi-programme du 27 décembre 2006