



## Formulaire de demande en réparation d'un décès

### Comment remplir ce formulaire

Ce formulaire doit être utilisé pour introduire auprès du Fonds amiante une demande en réparation d'un décès causé par une maladie provoquée par l'amiante. Ce formulaire se compose de **deux** parties:

La **1<sup>ère</sup> partie**: doit être complétée, datée et signée par l'ayant droit.

La **2<sup>ème</sup> partie**: doit ensuite être complétée par le médecin qui est désigné par l'ayant droit.

Les deux parties doivent être complétées pour que la demande soit traitée.

Si la personne décédée n'avait pas encore introduit de demande au Fonds amiante, il convient également de compléter les rubriques 4, 5 et 6 de ce formulaire et de faire compléter le formulaire AFA 02 par un médecin.

### Envoi

Les deux parties complétées du formulaire doivent être envoyées par l'ayant droit ou par le médecin désigné au médecin du Fonds amiante - Avenue de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles. Les annexes éventuelles peuvent être jointes ou peuvent être envoyées sous pli séparé à la même adresse, en se référant au formulaire "demande en réparation d'un décès".

**1<sup>ère</sup> Partie: à compléter par la personne qui demande le bénéfice de la réparation**

### 1. Identité du (de la) défunt(e)

Numéro de registre national	<input type="text"/>	< voir le verso de la carte d'identité
Numéro de dossier AFA	<input type="text"/>	< si connu
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
Date de décès	<input type="text"/>	< jour/mois/année
Rue, numéro et boîte	<input type="text"/>	
Code postal et commune	<input type="text"/>	

### 2. Identité du (de la) requérant(e)

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
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	< cocher ce qui convient
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	< cocher ce qui convient

### 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 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.



## Formulaire de demande de réparation d'un décès

### 2<sup>ème</sup> partie : à compléter par le médecin désigné

#### Renseignements et directives pour le médecin qui remplit le formulaire

L'information de ce formulaire est destinée aux médecins du Fonds amiante. Cette seconde partie doit être complétée par vos soins avec adjonction des annexes pouvant être utiles pour l'examen de la demande. Les informations fournies serviront de base à la détermination du droit à la réparation du décès de la victime.

**Ce formulaire est important.** S'il n'est pas renvoyé au Fonds amiante ou s'il contient des données insuffisantes, Fedris, l'agence fédérale des risques professionnels, au nom du Fonds amiante statuera en fonction des données médicales fournies. Ceci peut impliquer un rejet de la demande en réparation. Le code de déontologie médicale vous autorise à fournir des rapports médicaux en exécution des dispositions légales.

Pour toute autre question, contactez le service médical de Fedris.

#### Envoi

Les deux parties complétées du formulaire doivent être envoyées par l'ayant droit ou par le médecin désigné au médecin de Fedris (Fonds amiante), Avenue de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles. Les annexes éventuelles peuvent être jointes à ce courrier ou envoyées sous pli séparé à la même adresse, en se référant au formulaire "demande en réparation d'un décès".

### 1. Identité du (de la) défunt(e)

Nom	<input type="text"/>	< <i>pour les femmes: nom de jeune fille</i>
Prénom	<input type="text"/>	< <i>prénom officiel</i>
Date de naissance	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	< <i>jour/mois/année</i>
Date de décès	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	< <i>jour/mois/année</i>

### 2. Déclaration du médecin

Je soussigné(e) (nom) .....

- Médecin de famille du (de la) défunt(e)
- Médecin attaché à l'institution hospitalière où a séjourné le (la) patient(e)

Dénomination de l'institution: .....

Adresse: .....

- Autre qualité du médecin: .....

certifie:  avoir constaté le décès  
 avoir suivi l'état de santé

de la victime, dont l'identité est mentionnée dans la première partie de ce formulaire.

### 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: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_



## Protection de vos données personnelles<sup>1</sup>

En vertu du Règlement général de protection des données (RGPD) de l'Union européenne<sup>2</sup>, 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 sociale<sup>3</sup>. 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](mailto: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.

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

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

<sup>3</sup> 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