

## 340 F- Demande en réparation d'un décès causé par une maladie professionnelle

### Comment remplir ce formulaire

Ce formulaire doit être utilisé pour introduire auprès de Fedris, l'Agence fédérale des risques professionnels, une demande en réparation d'un décès causé par une maladie professionnelle.

Ce formulaire se compose de **deux** parties:

- **La 1<sup>ière</sup> partie:** doit être complétée, datée et signée par l'ayant droit
- **La 2<sup>de</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.

### Envoi

Le formulaire rempli doit être envoyé par l'ayant droit ou par le médecin au médecin - directeur de Fedris - 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 causé par une maladie professionnelle".

06/04/004A

**1<sup>ère</sup> Partie: à compléter par la personne qui demande le bénéfice de la réparation****A. Identité du (de la) défunt(e)**

N° de dossier Fedris			
Nom			
Prénom			
Domicilié(e) de son vivant Rue et numéro		N°	Bte
Code postal et commune <i>(pour Bruxelles précisez la commune)</i>	Code postal	Commune	
Date de naissance <i>(jour, mois, année)</i>			
Date de décès <i>(jour, mois, année)</i>			
N° d'identification Registre national	-	-	

**B. Identité du (de la) requérant(e)**

Nom			
Prénom (prénom officiel)			
Domicilié(e) Rue et numéro		N°	Bte
Code postal et commune <i>(pour Bruxelles préciser la commune)</i>	Code postal	Commune	
Date de naissance <i>(jour, mois, année)</i>			
Agissant en qualité de <i>(souligner ce qui convient)</i>	conjoint – conjointe – fils – fille – père – mère – grand-père – grand-mère – petit(e)-fils(fille) – frère – soeur – autres:		
Numéro de téléphone			
N° d'identification Registre national	-	-	

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

Nom et adresse du médecin de famille	
Nom et adresse du médecin spécialiste <i>(particulièrement le pneumologue en cas d'une maladie professionnelle de l'appareil respiratoire)</i>	

**D. Identification et mission du médecin**

Le (la) requérant(e) prie le docteur <sup>1</sup> .....

de répondre complètement et sur l'honneur aux questions posées dans ce formulaire et éventuellement aux questions supplémentaires émanant des médecins de Fedris.

Fait à ..... le (date) .....

*(Signature du (de la) requérant(e))*

<sup>1</sup> 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.

## 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 de Fedris. La 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 Fedris ou contient des données insuffisantes, Fedris prendra une décision en fonction des données médicales en sa possession. Ceci peut impliquer que la demande en réparation sera rejetée.

Le code de déontologie médicale vous autorise à nous fournir des rapports médicaux en exécution des dispositions légales relatives aux maladies professionnelles.

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

#### A. Déclaration du médecin

**Le soussigné (nom)** .....

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

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, A, de ce formulaire.

#### B. Lieu et circonstances du décès

► Où la victime est-elle décédée?

- à son domicile
- dans l'institution mentionnée sous A
- ailleurs: .....

► **Si elle est décédée ailleurs**, description succincte des circonstances du décès: .....

.....

#### C. Renseignements médicaux généraux

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

► Description succincte des principaux antécédents médico-chirurgicaux: .....

.....

.....

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

.....

.....

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

.....

.....

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

En cas de réponse positive, veuillez nous communiquer le nom et l'adresse du spécialiste et/ou de l'hôpital.  
(Vous ne devez pas remplir ces données si les rapports médicaux sont joints)

.....

**D. 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
- En cas de réponse positive, 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 .....

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

.....  
.....

▶ Quelle est, selon vous, la cause du décès? Justifiez votre réponse.

.....  
.....

**E. Documents médicaux à ajouter (ces documents sont essentiels pour l'examen de la demande)**

▶ **En cas d'affection respiratoire et/ou cardiaque** (documents à joindre dans la mesure où ils ont trait aux deux dernières années précédant le décès)

- des rapports d'hospitalisation et/ou des rapports de consultation du pneumologue et/ou du cardiologue
- des radiographies ou examens tomodensitométriques du thorax
- les tracés complets des ECG et 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
- dans ce dernier cas: la preuve de la nécessité d'une oxygénothérapie prolongée ou l'accord de cette thérapie par le médecin conseil de la mutuelle

▶ **En cas de néoplasie**

- les rapports du spécialiste relatifs au diagnostic (e.a. l'anatomopathologie), au traitement et à l'évolution

▶ **Dans tous les autres cas**

- tous les rapports médicaux fournissant des informations pertinentes concernant le décès.

**Le soussigné certifie que la présente déclaration est complète et sincère.**

Docteur:.....

Cachet:

Rue et N°:.....

Localité: .....

N° INAMI: .....

Téléphone: :.....

Fax: :.....

Email: :.....

Signature du médecin:

Date: