

SKADEBLANKETT FÖR ERSÄTTNING VID SNABBT AVSTÅENDE OM 1 200 USD RESPEKTIVE VID SJUKDOM

A n v i s n i n g a r

MÅLSÄGARE I MÅL OM BRÖSTIMPLANTAT FRÅN DOW CORNING (GRUPP 6.1)

Använd den här blanketten för att ansöka om antingen Ersättning vid snabbt avstående om 1 200 USD, eller för att kräva Ersättning vid sjukdom om mellan 7 200 USD och 180 000 USD (inklusive Tilläggsbelopp). Mer information finns nedan, i Målsägaranvisningarna och i Anvisningar till sjukdomsdrabbade målsägare.

A. VAD ÄR ERSÄTTNING VID SNABBT AVSTÅENDE OM 1 200 USD?

1. VAD ÄR ERSÄTTNING VID SNABBT AVSTÅENDE OM 1 200 USD?

Du får Ersättning vid snabbt avstående om 1 200 USD om du bara kan styrka att du fått ett bröstimplantat från Dow Corning insatt. Om du godtar denna ersättning kan du inte erhålla Ersättning vid sjukdom.

2. VAD KRÄVS FÖR ATT JAG SKALL VARA KVALIFICERAD FÖR ERSÄTTNING VID SNABBT AVSTÅENDE OM 1 200 USD?

För **det första**, fyll i och skicka in Blanketten för styrkande av tillverkare (med blå kant) och skicka in patientjournaler eller dokument som visar att du fått ett bröstimplantat från Dow Corning insatt.

För **det andra**, sätt ett kryss vid 2A på Skadeblanketten för Ersättning vid snabbt avstående och skicka in blanketten till Förlikningsenheten innan tidsfristen gått ut.

3. VILKEN TIDSFRIST GÄLLER FÖR ATT ANSÖKA OM ERSÄTTNING VID SNABBT AVSTÅENDE?

Du måste skicka in Skadeblanketten för ersättning vid snabbt avstående (med röd kant) inom tre (3) år efter "Ikraftträdandedagen". (Mer information om *Ikraftträdandedagen* finns under Fr9-5 i Målsägaranvisningarna.)

B. VAD INNEBÄR ERSÄTTNING VID SJUKDOM?

4. VAD INNEBÄR ERSÄTTNING VID SJUKDOM?

Alternativet Ersättning vid sjukdom ger ersättning med mellan 7 200 USD och 180 000 USD (inklusive ett tilläggsbelopp) om du skickar in patientjournaler och dokument som styrker att du har någon av sjukdomarna eller tillstånden nedan och en tillhörande invaliditet, eller uppfyller allvarlighetskriterierna för den sjukdomen eller tillståndet.

Det finns nio (9) kvalificerande sjukdomar och tillstånd i Sjukdomsalternativ 1 och 2. De kvalificerande sjukdomarna och tillstånden är:

- Atypisk bindvävssjukdom (ACTD)
- Atypiskt neurologiskt sjukdomssyndrom (ANDS)
- Primärt Sjögrens syndrom (PSS)
- Blandad bindvävssjukdom (MCTD) / Överlappningssyndrom
- Systemisk skleros/sklerodermi (SS)
- Systemisk lupus erythematosus (SLE)
- Polymyosit (PM)
- Dermatomyosit (DM)
- Allmänna bindvävssymptom (GCTS)

SKICKA INTE TILLBAKA ANVISNINGARNA TILLSAMMANS MED BLANKETTEN

Om du behöver hjälp eller har frågor, ring Programmet för hjälp med skadeståndskrav avgiftsfritt på tel: +1(866)-874-6099 eller besök www.dcsettlement.com on the internet

5. VAD ÄR SKILLNADEN MELLAN SJUKDOMSALTERNATIV 1 OCH SJUKDOMSALTERNATIV 2?

För *Sjukdomsalternativ 1* tillämpas samma medicinska kriterier och definitioner som vid den ursprungliga globala förlikningen. Om du känner till Det reviderade förlikningsprogrammet (RSP) så användes samma kriterier också för Den fasta ersättningstariffen. Bland de kvalificerande sjukdomarna ingår både klassiska och atypiska varianter av de reumatiska sjukdomar som räknades upp här ovan. Sjukdomsalternativ 1 innefattar också två tillstånd, nämligen Atypiskt neurologiskt sjukdomssyndrom (ANDS) och Atypisk bindvävssjukdom (ACTD), som definierades i den ursprungliga globala förlikningen. För Sjukdomsalternativ 1 måste du skicka in dokumentation som styrker en invaliditets- eller allvarlighetsgrad som har ett samband med din ersättningsberättigande sjukdom eller tillstånd.

De ersättningsberättigande sjukdomarna i *Sjukdomsalternativ 2* ingick inte i den ursprungliga globala förlikningen. De definierades i RSP och ingick i Den långsiktiga ersättningstariffen. Generellt är de medicinska kraven för att vara kvalificerad för ersättning vid sjukdomsalternativ 2 mer restriktiva och den medicinska dokumentationen och laboratorieundersökningarna måste vara mer omfattande än för ersättning vid sjukdomsalternativ 1. Vissa sjukdomar som berättigar till ersättning för Sjukdomsalternativ 1 är inte ersättningsberättigande för Sjukdomsalternativ 2, exempelvis primärt Sjögrens syndrom, MCTD/Överlappningssyndrom, ANDS och ACTD. Ersättningarna för Sjukdomsalternativ 2 bestäms av invaliditets- eller allvarlighetsgraden för den ersättningsberättigande sjukdomen/tillståndet. Ersättningarna för Sjukdomsalternativ 2 är högre än för Sjukdomsalternativ 1.

6. VILKA BELOPP GÄLLER FÖR GODKÄNDA SJUKDOMSKRAV?

Beloppen för Sjukdomsalternativ 1 bestäms av den godkända allvarlighets- eller invaliditetsgraden.

ERSÄTTNINGSBELOPP FÖR SJUKDOMSALTERNATIV 1

Varje godkänd sjukdom i Sjukdomsalternativ 1 med allvarlighets- eller invaliditetsgrad A, B, C eller D	Du måste kunna styrka att du har eller haft ett bröstimplantat från Dow Corning och inte haft något bröstimplantat med silikongel från Bristol, Baxter eller 3M**		
	Basersättning (USD)	+ Tilläggsbelopp (USD)	= Total ersättning
Allvarlighets-/invaliditetsgrad A	30 000	+ 6 000	= 36 000
Allvarlighets-/invaliditetsgrad B	12 000	+ 2 400	= 14 400
Allvarlighets-/invaliditetsgrad C eller D	6 000	+ 1 200	= 7 200

**Om du har godtagbara belegg för att du haft bröstimplantat med silikongel från Bristol, Baxter eller 3M, så reduceras den totala ersättningen med 50%.

SKICKA INTE TILLBAKA ANVISNINGARNA TILLSAMMANS MED BLANKETTEN

Om du behöver hjälp eller har frågor, ring Programmet för hjälp med skadeståndskrav [avgiftsfritt](http://www.dcsettlement.com) på tel: +1(866)-874-6099 eller besök www.dcsettlement.com on the internet

Ersättningarna för Sjukdomsalternativ 2 bestäms av allvarlighetsgraden för den godkända sjukdomen/tillståndet.

ERSÄTTNINGSBELOPP FÖR SJUKDOMSALTERNATIV 2

Sök efter din godkända sjukdom eller tillstånd i Sjukdomsalternativ 2 nedan och tillhörande allvarlighetsgrad	Du måste kunna styrka att du har eller haft ett bröstimplantat från Dow Corning och inte haft något bröstimplantat med silikongel från Bristol, Baxter eller 3M**		
	Basersättning (USD)	+ tilläggsbelopp (USD)	= Total ersättning (USD)
Sklerodermi (SS) eller lupus (SLE), Allvarlighetsgrad A	150 000	+ 30 000	= 180 000
Sklerodermi (SS) eller lupus (SLE), Allvarlighetsgrad B	120 000	+ 24 000	= 144 000
Sklerodermi (SS) eller lupus (SLE), Allvarlighetsgrad C	90 000	+ 18 000	= 108 000
Polymyosit (PM) eller dermatomyosit (DM) (det finns bara en allvarlighetsgrad för PM och DM) Allmänna bindvävssymptom (GCTS), Allvarlighetsgrad A	66 000	+ 13 200	= 79 200
Allmänna bindvävssymptom (GCTS), Allvarlighetsgrad B	45 000	+ 9 000	= 54 000

** Om du har godtagbara belegg för att du haft bröstimplantat med silikongel från Bristol, Baxter eller 3M, så reduceras den totala ersättningen med 50%.

7. JAG ÄR OSÄKER PÅ OM JAG HAR LUPUS ELLER ACTD. ENLIGT SKADEBLANKETTEN FÖR ERSÄTTNING VID SJUKDOM FÅR JAG BARA ANGE EN (1) SJUKDOM. VILKEN SKA JAG VÄLJA?

Diskutera med din läkare innan du fyller i Skadeblanketten för ersättning vid sjukdom om vilken sjukdom eller tillstånd han/hon har diagnostiserat eller fastställt att du har. Markera den ruta som stämmer med diagnosen och tillhörande journalhandlingar. Om du sätter ett kryss i rutan för lupus, sklerodermi, polymyosit, dermatomyosit eller GCTS och inte är kvalificerad, så prövar Förlikningsenheten ditt krav med avseende på ACTD och/eller ANDS, om Förlikningsenheten bedömer att du tycks vara kvalificerad för något av dessa tillstånd.

SKICKA INTE TILLBAKA ANVISNINGARNA TILLSAMMANS MED BLANKETTEN

Om du behöver hjälp eller har frågor, ring Programmet för hjälp med skadeståndskrav avgiftsfritt på tel: +1(866)-874-6099 eller besök www.dcsettlement.com on the internet

8. VILKEN ÄR TIDSFRISTEN FÖR ATT SKICKA IN ETT KRAV PÅ ERSÄTTNING VID SJUKDOM?

Du måste fylla i och skicka in Skadeblanketten för ersättning vid sjukdom (med röd kant) med tillhörande patientjournaler inom femton (15) år efter "Ikraftträdandedagen". (Mer information om Ikraftträdandedagen finns under Fr9-5 i Målsägaranvisningarna.) Innan ett krav på ersättning vid sjukdom kan prövas eller bifallas måste du också fylla i och skicka in Blanketten för styrkande av tillverkare (med blå kant) och skicka in patientjournaler eller dokument som visar att du fått ett bröstimplantat från Dow Corning insatt.

9. VAD HÄNDER OM DET BLIR NÅGOT PROBLEM ELLER JAG FÅR ETT "BESKED OM BRIST" GÄLLANDE MITT KRAV PÅ ERSÄTTNING VID SJUKDOM? FINNS DET EN TIDSFRIST FÖR ATT SKICKA IN KOMPLETTERANDE DOKUMENT FÖR ATT AVHJÄLPA BRISTEN?

Om det finns några brister i ditt skadeståndskrav kommer Förlikningsenheten att ge dig besked om detta. Du har då bara ett (1) år på dig att åtgärda bristerna från beskedets datum. **Om du inte avhjälper bristerna inom denna ettårsperiod kommer ditt krav på ersättning vid sjukdom att avvisas, och du kommer i framtiden endast att kunna söka ersättning för en ny ersättningsbar sjukdom som uppkommit efter den frist på ett år som gäller för avhjälpning av bristerna.**

Eftersom denna tidsfrist för avhjälpande av brister är kort, är det viktigt att du granskar dina patientjournaler noggrant innan du skickar in dem för prövning. Skicka inte in dina handlingar till Förlikningsenheten i flera omgångar. När ett krav på ersättning vid sjukdom mottas av Förlikningsenheten börjar Förlikningsenheten granska och bedöma ditt krav utgående från de handlingar som inkommit vid den tidpunkten. Om du inte skickat in alla handlingar som styrker ditt skadeståndskrav kommer du att få ett bristbesked som informerar dig om att ditt krav avvisas.

Om dina handlingar uppfyller kraven på belägg enligt Målsägaranvisningarna kommer du att få ett besked från Förlikningsenheten om att ditt krav godkänts. Ersättning för godkända krav kommer att utbetalas efter Ikraftträdandedagen.

10. VEM KAN JAG KONTAKTA OM JAG HAR FRÅGOR ELLER BEHÖVER HJÄLP?

Frågor besvaras av Programmet för hjälp med skadeståndskrav, när det gäller ifyllandet av blanketterna i ditt Skadeståndspaket. Där får du också information om hur du kan skaffa de patientjournaler och dokument som krävs för att styrka ditt skadeståndskrav. Denna hjälp är kostnadsfri.

Ring +1 (866) 874-6099 eller besök www.dcsettlement.com på Internet.

SKICKA INTE TILLBAKA ANVISNINGARNA TILLSAMMANS MED BLANKETTEN

Om du behöver hjälp eller har frågor, ring Programmet för hjälp med skadeståndskrav avgiftsfritt på tel: +1(866)-874-6099 eller besök www.dcsettlement.com on the internet

SKADEBLANKETT FÖR ERSÄTTNING VID SNABBT AVSTÅENDE OM 1 200 USD RESPEKTIVE VID SJUKDOM

MÅLSÄGARE I MÅL OM BRÖSTIMPLANTAT FRÅN DOW CORNING (GRUPP 6.1)

Använd den här blanketten för att ansöka om antingen Ersättning vid snabbt avstående om 1 200 USD, **ELLER** Ersättning vid sjukdom om mellan 7 200 USD och 180 000 USD.

1. Använd den flyttbara etikett som medföljde ditt paket.

<div data-bbox="240 674 740 1205" style="border: 1px solid black; padding: 20px;"> <p>KLISTRA ETIKETTEN HÄR</p> </div>	<p>HÄR NEDANFÖR SKRIVER DU IN ÄNDRINGAR ELLER RÄTTELSE:</p> <p>1. Skadenummer eller Personnummer: _____</p> <p>2. Födelsedatum: _____ Månad/dag/år</p> <p>3. _____ Nytt efternamn</p> <p>4. _____ Ny adress</p> <p>Ort _____ Delstat _____ Postnr _____</p> <p>5. Telefon dagtid: (_____) _____</p> <p>6. Telefon kvälltid: (_____) _____</p> <p>7. Advokatens namn/adress/tel/fax: _____ _____</p> <p>8. Om du vill få bulletiner eller information om skadeståndskravet per e-post, skriv din e-postadress här: _____</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. Sätt ett kryss i rutan vid 2A om du vill ansöka om Ersättning vid snabbt avstående om 1 200 USD, eller i rutan vid 2B om du vill ansöka om Ersättning vid sjukdom. Sätt inte kryss i båda rutorna.

2A. Jag kräver Ersättning vid snabbt avstående om 1 200 USD. Jag är införstådd med att jag avstår från rätten att kräva Ersättning vid sjukdom, nu och i framtiden. Tidsfristen för att ansöka om denna ersättning går ut tre (3) år efter Ikraftträdandedagen. *(Om du sätter kryss för detta alternativ, gå till Fråga 6 och underteckna blanketten.)*

ELLER

2B. Jag kräver Ersättning vid sjukdom. Jag har skaffat alla patientjournaler och dokument som krävs för att styrka mitt skadeståndskrav, och är redo att låta pröva mitt krav på Ersättning vid sjukdom. Tidsfristen för att kräva denna ersättning går ut femton (15) år efter Ikraftträdandedagen. *(Om du sätter kryss här går du sedan vidare till Fråga 3.)*

3. Sätt ett kryss här endast om ditt krav på Ersättning vid sjukdom har prövats i Det utländska förlikningsprogrammet eller Det reviderade förlikningsprogrammet (FSP eller RSP) och du avser att hänvisa till den prövning som gjordes där, utan att skicka in några ytterligare journaler eller dokument. I så fall, gå till Fråga 6 och underteckna blanketten. Om du istället vill kräva ersättning för en sjukdom eller en invaliditetsgrad/allvarlighetsgrad som är en annan än den som godkändes i F/RSP, fortsätt med fråga 4.

4. Välj endast ett (1) av alternativen i 4A - 4I. Om du sätter kryss för mer än ett alternativ kommer Förlikningsenheten inte att pröva ditt krav förrän du valt endast ett (1).

4A. Jag kräver ersättning för Atypisk bindvävssjukdom (ACTD), även kallad Atypiskt reumatiskt syndrom (ARS) eller Icke-specifikt autoimmunt tillstånd (NAC).

eller

4B. Jag kräver ersättning för Atypiskt neurologiskt syndrom (ANDS).

eller

4C. Jag kräver ersättning för Primärt Sjögrens syndrom (PSS).

eller

4D. Jag kräver ersättning för Blandad bindvävssjukdom / Överlappningssyndrom (MCTD).

eller

4E. Jag kräver ersättning för Systemisk skleros / Sklerodermi (SS).

eller

4F. Jag kräver ersättning för Systemisk lupus erythematosus (SLE).

eller

4G. Jag kräver ersättning för Polymyosit (PM).

eller

4H. Jag kräver ersättning för Dermatomyosit (DM).

eller

4I. Jag kräver ersättning för Allmänna bindvävssymtom (GCTS).

Om du inte är kvalificerad för den sjukdom eller det tillstånd som du markerat i frågorna 4C-4I, så kommer förlikningsenheten att bedöma ditt krav på Ersättning vid sjukdom med avseende på Atypisk bindvävssjukdom (ACTD) och/eller Atypiskt neurologiskt syndrom (ANDS).

5. Markera ruta 5A eller 5B nedan:

- 5A. Jag bifogar till denna Skadeblankett nya eller ytterligare patientjournaler som styrker mitt skadeståndskrav. (Spara en kopia av handlingarna.)
- 5B. Jag har redan skickat in mina patientjournaler och dokument som styrker mitt skadeståndskrav och har inga ytterligare dokument att skicka in.

6. Underteckna blanketten nedan. Om du kräver Ersättning vid snabbt avstående måste du underteckna och skicka in den här blanketten inom tre (3) år efter Ikraftträdandedagen.

Om du kräver Ersättning vid sjukdom måste du underteckna och skicka in den här blanketten inom femton (15) år efter Ikraftträdandedagen.

Jag förklarar på heder och samvete att den information jag lämnat i samband med mitt Skadeståndskrav är sann, korrekt och fullständig, enligt vad jag känner till, fått veta och tror.

Datum för undertecknandet

Målsägarens, boutredarens eller målsmans namnteckning