

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO RÁPIDA DE 700,00 DÓLARES AMERICANOS OU DE INDENIZAÇÃO POR MOTIVO DE DOENÇA, OPÇÃO 1

I n s t r u ç õ e s

REQUERENTES DO PROCESSO DE PRÓTESES MAMÁRIAS DOW CORNING (CLASSE 6.2)

Use este formulário para requerer 1) a Indenização de Liberação Rápida no valor de 700,00 dólares americanos ou 2) uma Indenização por motivo de Doença variando entre 4.200,00 e 105.000,00 dólares americanos (incluindo uma Indenização Compensatória). Leia estas Instruções, o "Guia de informações para os Requerentes da Opção 1" e o "Guia de Informações para Reivindicação por motivo de Doença" para mais informações.

A. O QUE É A INDENIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO RÁPIDA NO VALOR DE 700,00 DÓLARES AMERICANOS, OPÇÃO 1?

1. O QUE É A INDENIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO RÁPIDA NO VALOR DE 700,00 DÓLARES AMERICANOS, OPÇÃO 1?

Receberá a Indenização de Liberação Rápida no valor de 700,00 dólares americanos, demonstrando simplesmente que recebeu uma prótese mamária Dow Corning. Se aceitar esta indenização, não poderá receber uma Indenização por motivo de Doença.

2. O QUE DEVO FAZER PARA RECEBER A INDENIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO RÁPIDA NO VALOR DE 700,00 DÓLARES AMERICANOS?

Em primeiro lugar, preencha e apresente o Formulário de Elementos de Prova do Fabricante, Opção 1 (margem azul) e os registros médicos ou documentos que comprovem que recebeu uma prótese mamária Dow Corning.

Em segundo lugar, assinale a Caixa 2A no Formulário de Pedido de Indenização de Liberação Rápida (margem vermelha) e devolva-o à Entidade Administradora dos Acordos até o prazo limite.

3. QUAL É O PRAZO PARA REQUERER A INDENIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO RÁPIDA NO VALOR DE 700,00 DÓLARES AMERICANOS?

Terá de apresentar o Formulário de Pedido de Indenização de Liberação Rápida (margem vermelha) até três (3) anos após a "Data Efetiva". (Leia a Pergunta P9-5 no Guia de informações para os Requerentes da Opção 1 para mais informações sobre a Data Efetiva.)

B. O QUE É A INDENIZAÇÃO POR MOTIVO DE DOENÇA, OPÇÃO 1?

4. O QUE É A INDENIZAÇÃO POR MOTIVO DE DOENÇA, OPÇÃO 1?

A Indenização por motivo de Doença indeniza num valor entre 4.200,00 e 105.000,00 dólares americanos (incluindo uma Indenização Compensatória) se você apresentar registros médicos e documentos que mostrem que tem uma (1) das doenças ou condições referidas abaixo e tem uma incapacidade física relacionada ou correspondente aos critérios de gravidade para essa doença ou condição.

Existem nove (9) doenças e condições admissíveis nas Opções 1 e 2 por motivo de Doença. As doenças e condições admissíveis são:

Doença do Tecido Conjuntivo Atípica (ACTD)
Síndrome de Doença Neurológica Atípica (ANDS)
Síndrome de Sjogren Primária (PSS)
Doença Mista do Tecido Conjuntivo (MCTD)/Síndrome de Sobreposição
Esclerose Sistêmica/Esclerodermia (SS)

NÃO DEVOLVA INSTRUÇÕES COM O FORMULÁRIO

Para assistência ou perguntas telefone gratuitamente para o Programa de Assistência a Pedidos para 1 (866) 874-6099 ou acesse o www.dcsettlement.com na internet

Lúpus Eritematoso Sistêmico (SLE)
Polimiosite (PM)
Dermatomiosite (DM)
Sintomas Gerais do Tecido Conjuntivo (GCTS)

5. QUAL A DIFERENÇA ENTRE A OPÇÃO 1 POR MOTIVO DE DOENÇA E A OPÇÃO 2 POR MOTIVO DE DOENÇA?

A **Opção 1 por motivo de Doença** utiliza os mesmos critérios médicos e definições estabelecidos no acordo global original. Se estiver familiarizado com o Programa de Acordo Revisto (RSP) ou o Programa de Acordos para Estrangeiros (FSP), esses mesmos critérios se aplicavam também no Esquema de Benefícios de Montante Fixo. Essas doenças incluem tanto as apresentações clássicas como as atípicas de certas doenças reumáticas referidas acima. Inclui também duas (2) condições - Síndrome neurológica atípica (ANDS) e Doença do tecido conjuntivo atípica (ACTD) - definidas no acordo global original. A Opção 1 por motivo de Doença exige que você apresente documentação de uma incapacidade ou gravidade relacionada com sua doença ou condição com direito a reparações.

As doenças com direito a reparações na **Opção 2 por motivo de Doença** não faziam parte do acordo global original. Estavam incluídas no Programa de Acordo Revisto como o "Plano de Benefícios a Longo Prazo". Em geral, os critérios médicos para qualificar para uma reivindicação da Opção 2 por motivo de Doença são mais restritivos e requerem mais documentação médica e testes laboratoriais do que os da Opção 1 por motivo de Doença. Além disso, certas doenças com direito a reparações na Opção 1 por motivo de Doença não são compensáveis na Opção 2 por motivo de Doença, como por exemplo a Síndrome primária de Sjogren, MCTD/Síndrome de Sobreposição, ANDS e ACTD. A Opção 2 por motivo de Doença indeniza-o baseando-se no nível de gravidade de sua doença ou condição com direito a reparações. As indenizações para a Opção 2 por motivo de Doença são mais elevadas que as indenizações para a Opção 1 por motivo de Doença.

6. QUAIS SÃO OS BENEFÍCIOS PARA AS REIVINDICAÇÕES DE INDENIZAÇÃO POR MOTIVO DE DOENÇA APROVADAS?

Os montantes das indenizações da Opção 1 por motivo de Doença são determinados pelo seu nível de incapacidade ou gravidade aprovado.

PLANO DE INDENIZAÇÃO DA OPÇÃO 1 POR MOTIVO DE DOENÇA

Qualquer doença aprovada na Opção 1 por motivo de Doença com um nível de gravidade ou incapacidade A, B, C ou D	Terá que ter elementos de prova de que tem ou teve uma prótese mamária Dow Corning e não teve uma prótese mamária de silicone gel da Bristol, Baxter ou 3M**		
	Indenização de Base	+ Indenização Compensatória	= Indenização Total
Nível de Gravidade / Incapacidade A	US\$ 17.500,00	+ US\$ 3.500,00	= US\$ 21.000,00
Nível de Gravidade / Incapacidade B	US\$ 7.000,00	+ US\$ 1.400,00	= US\$ 8.400,00
Nível de Gravidade / Incapacidade C ou D	US\$ 3.500,00	+ US\$ 700,00	= US\$ 4.200,00

NÃO DEVOLVA INSTRUÇÕES COM O FORMULÁRIO

Para assistência ou perguntas telefone gratuitamente para o Programa de Assistência a Pedidos para 1 (866) 874-6099 ou acesse o www.dcsettlement.com na internet

** Se tiver elementos de prova admissíveis de que tem ou teve uma prótese mamária de silicone gel da Bristol, Baxter ou 3M, o montante Total da Indenização será reduzido em 50%. Os montantes das indenizações da Opção 2 por motivo de Doença são determinados pelo nível de gravidade de sua doença ou condição aprovada.

PLANO DE INDENIZAÇÃO DA OPÇÃO 2 POR MOTIVO DE DOENÇA

Localize sua doença ou condição aprovada na Opção 2 por motivo de Doença abaixo e o nível de gravidade dessa doença ou condição.	Terá que ter elementos de prova de que tem ou teve uma prótese mamária Dow Corning e não teve uma prótese mamária de silicone gel da Bristol, Baxter ou 3M**		
	Indenização de Base	+ Indenização Compensatória	= Indenização Total
Esclerodermia (SS) ou Lúpus (SLE); Nível de Gravidade A	US\$ 87.500,00	+ US\$ 17.500,00	= US\$ 105.000,00
Esclerodermia (SS) ou Lúpus (SLE); Nível de Gravidade B	US\$ 70.000,00	+ US\$ 14.000,00	= US\$ 84.000,00
Esclerodermia (SS) ou Lúpus (SLE); Nível de Gravidade C	US\$ 52.500,00	+ US\$ 10.500,00	= US\$ 63.000,00
Polimiosite (PM) ou Dermatomiosite (DM) (existe apenas um nível de gravidade para PM e DM); Sintomas Gerais do Tecido Conjuntivo (GCTS), Nível de Gravidade A	US\$ 38.500,00	+ US\$ 7.700,00	= US\$ 46.200,00
Sintomas Gerais do Tecido Conjuntivo (GCTS); Nível de Gravidade B	US\$ 26.250,00	+ US\$ 5.250,00	= US\$ 31.500,00

** Se tiver elementos de prova admissíveis de que tem ou teve uma prótese mamária de silicone gel da Bristol, Baxter ou 3M, o montante Total da Indenização será reduzido em 50%.

7. POSSO PREENCHER O FORMULÁRIO DE PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR MOTIVO DE DOENÇA E ENVIAR MEUS REGISTROS MÉDICOS OU DOCUMENTOS NA MINHA LÍNGUA MATERNA OU TERÃO DE ESTAR EM INGLÊS?

Pode apresentar o Formulário de Indenização por motivo de Doença (margem vermelha) e os registros médicos e documentos na sua língua materna. No entanto, será possível processar o seu pedido mais rapidamente se preencher o formulário de pedido e enviar os registros médicos já traduzidos para o inglês. (Leia a Pergunta P2-6 no Guia de Informações para os Requerentes da Opção 1 para mais informações).

8. NÃO TENHO CERTEZA SE TENHO LÚPUS OU ACTD. O FORMULÁRIO DE PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR MOTIVO DE DOENÇA AFIRMA QUE PODEREI INDICAR APENAS UMA (1) DOENÇA. COMO PODEREI DECIDIR QUAL SELECIONAR?

Consulte o seu médico antes de preencher o Formulário de Pedido de Indenização por motivo de Doença sobre qual a doença ou condição que ele(a) diagnosticou ou determinou que você

NÃO DEVOLVA INSTRUÇÕES COM O FORMULÁRIO

Para assistência ou perguntas telefone gratuitamente para o Programa de Assistência a Pedidos para 1 (866) 874-6099 ou acesse o www.dcsettlement.com na internet

possa ter. Assinale a caixa equivalente ao seu diagnóstico e registros médicos de suporte. Se assinalar a caixa para lúpus, esclerodermia, polimiosite, dermatomiosite ou GCTS e não se qualificar, então a Entidade Administradora dos Acordos analisará a sua reivindicação para ACTD e/ou ANDS se, na opinião da Entidade Administradora dos Acordos, parece que você pode se qualificar para uma (1) dessas condições.

9. QUAL O PRAZO PARA APRESENTAR O MEU FORMULÁRIO DE PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR MOTIVO DE DOENÇA?

Terá de apresentar o Formulário de Pedido de Indenização por motivo de Doença (margem vermelha) e registros médicos justificativos até quinze (15) anos após a "Data Efetiva." (*Leia a Pergunta P9-5 no Guia de Informações para os Requerentes da Opção 1 para mais informações sobre a Data Efetiva.*) Antes que uma reivindicação de indenização por motivo de doença possa ser analisada ou paga, terá também de preencher e apresentar o Formulário de Elementos de Prova do Fabricante (margem azul) e os registros médicos e documentos que comprovem que recebeu uma prótese mamária Dow Corning.

10. O QUE ACONTECE SE EU TIVER UM PROBLEMA OU RECEBER UMA "NOTIFICAÇÃO DE DEFICIÊNCIA" REFERENTE À MINHA REIVINDICAÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR MOTIVO DE DOENÇA? EXISTE UM PRAZO PARA APRESENTAR DOCUMENTOS ADICIONAIS PARA RETIFICAR O PROBLEMA?

Se houver um problema com a sua reivindicação por motivo de doença, a Entidade Administradora dos Acordos informará por escrito sobre o problema. Terá apenas um (1) ano a contar da data da carta informando-o sobre a deficiência para retificar o problema. **Se não retificar o problema dentro do prazo de um (1) ano, a sua reivindicação será recusada e estará limitado futuramente a requerer numa nova condição manifestada após a conclusão do período de um (1) ano para retificar a deficiência.**

Devido a este tempo curto para retificar os problemas, é importante que reveja cuidadosamente os seus registros médicos antes de enviá-los para análise. Não envie os seus registros para a Entidade Administradora dos Acordos aos poucos. Assim que a reivindicação por motivo de doença é recebida, a Entidade Administradora dos Acordos irá analisar e avaliar a sua reivindicação com base nos registros médicos e documentos no seu processo nessa altura. Se você não apresentou todos os registros médicos e documentos que justificam a sua reivindicação, receberá por carta uma notificação de deficiência informando-o que a sua reivindicação será negada.

Se seus registros médicos cumprirem os requisitos de elementos de prova descritos no Guia de informações para os Requerentes da Opção 1, receberá uma carta da Entidade Administradora dos Acordos informando que a sua reivindicação foi aprovada. As reivindicações aprovadas serão indenizadas após a Data Efetiva.

11. QUEM POSSO CONTATAR SE TIVER ALGUMA DÚVIDA OU PRECISAR DE AJUDA?

O Programa de Assistência a Pedidos está disponível para responder a perguntas sobre como preencher os formulários no seu Pacote de Reivindicações. Poderá também dar-lhe toda a informação sobre como obter os registros médicos e documentos para apoiar a sua reivindicação. Não serão cobradas quaisquer despesas por este serviço.

Telefone gratuitamente para o 1-866-874-6099 ou acesse o www.dcsettlement.com na internet.

NÃO DEVOLVA INSTRUÇÕES COM O FORMULÁRIO

Para assistência ou perguntas telefone gratuitamente para o Programa de Assistência a Pedidos para 1 (866) 874-6099 ou acesse o www.dcsettlement.com na internet

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO RÁPIDA DE 700,00 DÓLARES AMERICANOS OU DE INDENIZAÇÃO POR MOTIVO DE DOENÇA, OPÇÃO 1

REQUERENTES DO PROCESSO DE PRÓTESES MAMÁRIAS DOW CORNING (CLASSE 6.2)

Use este formulário para requerer a Indenização de Liberação Rápida no valor de 700,00 dólares americanos **OU** a Indenização por motivo de Doença variando entre 4.200,00 a 105.000,00 dólares americanos.

1. Use a etiqueta destacável fornecida no seu pacote.

COLOQUE A SUA ETIQUETA AQUI

FORNEÇA ATUALIZAÇÕES OU CORREÇÕES ABAIXO:

1. Número da Reivindicação ou Número de Segurança Social: _____

2. Data de Nascimento: _____

_____/_____/_____
Mês /Dia/Ano

3. _____
Novo Sobrenome

4. _____
Novo Endereço

Cidade

Estado

CEP

5. Telefone durante o dia: (_____) _____

6. Telefone de noite: (_____) _____

7. Nome do Advogado/Endereço/Telefone/Fax: _____

8. Se desejar receber circulares ou informação sobre a sua reivindicação por e-mail, forneça o seu endereço e-mail: _____

2. Assinale a Caixa 2A para requerer a Indenização de Liberação Rápida no valor de 700,00 dólares americanos ou ou a Caixa 2B para requerer a Indenização por motivo de Doença. Não assinale ambas as caixas.

- 2A. ☐ Estou fazendo uma reivindicação para a Indenização de Liberação Rápida no valor de 700,00 dólares americanos. Compreendo que estou desistindo do meu direito de requerer, agora ou no futuro, a Indenização por motivo de Doença. O prazo para requerer esta indenização é três (3) anos a partir da Data Efetiva. (Se assinalar esta caixa, passe para a Pergunta 6 e assine o formulário.)

OU

- 2B. ☐ Estou fazendo uma reivindicação para a Indenização por motivo de Doença. Obtive todos os registros médicos e documentos exigidos para apoiar a minha reivindicação, e estou pronto para que a minha reivindicação por motivo de doença seja avaliada. O prazo para requerer esta indenização é quinze (15) anos a partir da Data Efetiva. (Se assinalar esta caixa, passe para a Pergunta 3).

3. ☐ Assinale esta caixa somente se a sua reivindicação por motivo de doença foi avaliada no Programa de Acordo Revisto (RSP) ou no Programa de Acordos para Estrangeiros (FSP) e pretende confiar nessa avaliação existente sem apresentar quaisquer registros médicos ou documentos adicionais. Se for o caso, passe para a Pergunta 6 e assine o formulário. No entanto, se desejar requerer um nível de doença ou de incapacidade/gravidade diferente daquele em que a sua reivindicação por motivo de doença foi aprovada no RSP ou no FSP, passe para a Pergunta 4.

4. Escolha apenas uma (1) das doenças ou condições abaixo em 4A - 4I. Se assinalar mais de uma (1) caixa, a Entidade Administradora dos Acordos não processará a sua reivindicação por motivo de doença até você escolher só uma (1) caixa.

4A. ☐ Estou fazendo uma reivindicação para Doença do Tecido Conjuntivo Atípica (ACTD), também chamada Síndrome Reumática Atípica (ARS) ou Condição Auto-imune Não-Específica (NAC).

ou

4B. ☐ Estou fazendo uma reivindicação para Síndrome de Doença Neurológica Atípica (ANDS).

ou

4C. ☐ Estou fazendo uma reivindicação para Síndrome de Sjogren Primária (PSS).

ou

4D. ☐ Estou fazendo uma reivindicação para Doença Mista do Tecido Conjuntivo /Síndrome de Sobreposição (MCTD).

ou

4E. ☐ Estou fazendo uma reivindicação para Esclerose Sistêmica/Esclerodermia (SS).

ou

4F. ☐ Estou fazendo uma reivindicação para Lúpus Eritematoso Sistêmico (SLE).

ou

4G. ☐ Estou fazendo uma reivindicação para Polimiosite (PM).

ou

4H. ☐ Estou fazendo uma reivindicação para Dermatomiosite (DM).

ou

4I. ☐ Estou fazendo uma reivindicação para Sintomas Gerais do Tecido Conjuntivo (GCTS).

Se não se qualificar para a doença ou condição assinalada na Pergunta 4C-4I, a Entidade Administradora dos Acordos avaliará a sua reivindicação por motivo de doença para determinar se você se qualifica para Doença do Tecido Conjuntivo Atípica (ACTD) e/ou Síndrome Neurológica Atípica (ANDS).

5. Assinale a Caixa 5A ou 5B abaixo:

- 5A. ☐ Anexo a este formulário encontram-se registros médicos novos ou adicionais que apoiam a minha reivindicação por motivo de doença. (*Guarde uma cópia para o seu processo*).
- 5B. ☐ Já apresentei registros médicos e documentos que apoiam a minha reivindicação por motivo de doença, e não tenho quaisquer registros adicionais para apresentar.

6. Assine o formulário abaixo. Se está requerendo a Indenização de Liberação Rápida, terá de assinar e devolver este formulário até três (3) anos após a Data Efetiva.

Se está requerendo uma Indenização por motivo de Doença, terá de assinar e devolver este formulário, junto com registros médicos, até quinze (15) anos após a Data Efetiva.

Declaro sob pena de perjúrio que a informação para esta reivindicação é verdadeira, correta e completa, dentro dos meus conhecimentos, informação e julgamento.

Data da Assinatura

Assinatura do Requerente, Executor/Administrador ou Tutor