

ANTRAGSFORMULAR FÜR DIE BESCHLEUNIGTE VERZICHTSENTSCHÄDIGUNG VON \$ 1.200 (U.S.) ODER ENTSCHÄDIGUNG IM ERKRANKUNGSFALL

H i n w e i s e

ANTRAGSTELLER MIT DOW CORNING BRUSTIMPLANTAT (KLASSE 6.1)

Verwenden Sie dieses Formular, um *entweder* 1) die Beschleunigte Verzichtentschädigung von \$ 1.200 (U.S.) *oder* 2) eine Entschädigung im Erkrankungsfall in Höhe von \$ 7.200 - \$ 180.000 (U.S.) (einschließlich einer zusätzlichen Entschädigungsleistung) zu erhalten. Bitte lesen Sie diese Hinweise, die „Informationsbroschüre für Antragsteller“ und die „Informationsbroschüre für erkrankte Antragsteller“ aufmerksam durch.

A. WAS IST DIE BESCHLEUNIGTE VERZICHTSENTSCHÄDIGUNG VON \$ 1.200 (U.S.)?

1. WAS IST DIE BESCHLEUNIGTE VERZICHTSENTSCHÄDIGUNG VON \$ 1.200 (U.S.)?

Die Beschleunigte Verzichtentschädigung von \$ 1.200 (U.S.) erhalten Sie einfach durch einen Nachweis, dass Ihnen ein Dow Corning Brustimplantat implantiert wurde. Wenn Sie diese Zahlung annehmen, können Sie keine Entschädigung im Erkrankungsfall erhalten.

2. WIE ERHALTE ICH DIE BESCHLEUNIGTE VERZICHTSENTSCHÄDIGUNG VON \$ 1.200 (U.S.)?

Zuerst müssen Sie das Formular zum Herstellernachweis (blauer Rand) sowie die medizinischen Aufzeichnungen oder Unterlagen ausfüllen und einreichen, die nachweisen, dass Sie ein Dow Corning Brustimplantat erhalten haben.

Dann müssen Sie Kästchen 2A auf dem Antragsformular für die Beschleunigte Verzichtentschädigung ankreuzen und das Antragsformular innerhalb der Frist an die Vergleichsstelle senden.

3. WELCHE FRIST IST FÜR DIE BESCHLEUNIGTE VERZICHTSENTSCHÄDIGUNG ZU BEACHTEN?

Sie müssen das Antragsformular für die Beschleunigte Verzichtentschädigung (roter Rand) spätestens mit Ablauf von drei (3) Jahren ab dem „Stichtag“ ausfüllen und einreichen. (*Weitere Informationen über den Stichtag finden Sie in F9-5 der Informationsbroschüre für Antragsteller.*)

B. WAS IST DIE ENTSCHÄDIGUNG IM ERKRANKUNGSFALL?

4. WAS IST DIE ENTSCHÄDIGUNG IM ERKRANKUNGSFALL?

Die Entschädigung im Erkrankungsfall umfasst Leistungen in Höhe von \$ 7.200 bis \$ 180.000 (U.S.) (einschließlich einer zusätzlichen Entschädigungsleistung), wenn Sie medizinische Aufzeichnungen und Unterlagen einreichen, die nachweisen, dass Sie eine/eines (1) der anspruchsberechtigten, unten aufgelisteten Erkrankungen oder Leiden haben *und* dass Sie eine damit verbundene Behinderung haben oder die Kriterien zur Bestimmung der Erkrankungsschwere für diese Erkrankung oder dieses Leiden erfüllen.

In den Krankheitskategorien 1 und 2 gibt es neun (9) anspruchsberechtigte Erkrankungen und Leiden. Dies sind:

DIE HINWEISE NICHT MIT DEM FORMULAR ZURÜCKSENDEN.

Wenn Sie Hilfe benötigen oder Fragen haben, wenden Sie sich *gebührenfrei* an das Hilfsprogramm zur Geltendmachung von Ansprüchen unter der Telefonnummer +1 (866) 874-6099 oder besuchen Sie unsere Webseite www.dccsettlement.com

Atypische Bindegewebserkrankung (ACTD)
 Atypisches neurologisches Syndrom (ANDS)
 Primäres Sjögren Syndrom (PSS)
 Mischkollagenose (MCTD)/Sharp-Syndrom
 Systemische Sklerose/Sklerodermie (SS)
 Systemischer Lupus Erythematosus (SLE)
 Polymyositis (PM)
 Dermatomyositis (DM)
 Allgemeine Bindegewebesymptome (GCTS)

5. WAS IST DER UNTERSCHIED ZWISCHEN KRANKHEITSKATEGORIE 1 UND KRANKHEITSKATEGORIE 2?

Bei Krankheitskategorie 1 werden die gleichen medizinischen Kriterien und Definitionen verwendet, die auch in der ursprünglichen Gesamtregulierung verwendet wurden. Wenn Sie mit dem Überarbeiteten Vergleichsprogramm (RSP) vertraut sind, dann kennen Sie diese Kriterien aus dem Leistungsverzeichnis mit Festbeträgen. Diese Erkrankungen umfassen sowohl klassische als auch atypische Formen bestimmter rheumatischer Erkrankungen, die oben aufgelistet sind. Sie umfassen auch zwei (2) Leiden – atypisches neurologisches Syndrom (ANDS) und atypische Bindegewebserkrankung (ACTD) – die in der ursprünglichen Gesamtregulierung definiert wurden. Für Krankheitskategorie 1 müssen Sie Unterlagen über eine Behinderung oder einen Schweregrad einreichen, die bzw. der aus dem zur Entschädigung berechtigenden Leiden oder einer solchen Erkrankung resultiert.

Die zur Entschädigung berechtigenden Erkrankungen in **Krankheitskategorie 2** waren nicht Bestandteil der ursprünglichen Gesamtregulierung. Sie waren im RSP als „Verzeichnis über langfristige Leistungen“ enthalten. Generell sind die medizinischen Kriterien bei Ansprüchen in Krankheitskategorie 2 strenger und erfordern umfangreichere medizinische Unterlagen und Labortests als die in Krankheitskategorie 1 geforderten. Darüber hinaus sind bestimmte Krankheiten, die in Krankheitskategorie 1 zu einer Leistung berechtigen, in Krankheitskategorie 2 nicht leistungsberechtigt, wie primäres Sjögren Syndrom, MCTD/Sharp-Syndrom, ANDS und ACTD. Die Leistungen in Krankheitskategorie 2 richten sich nach dem Schweregrad Ihrer zur Entschädigung berechtigenden Erkrankung oder des Leidens. Die Zahlungen in Krankheitskategorie 2 sind höher als Zahlungen in Krankheitskategorie 1.

DIE HINWEISE NICHT MIT DEM FORMULAR ZURÜCKSENDEN.

Wenn Sie Hilfe benötigen oder Fragen haben, wenden Sie sich gebührenfrei an das Hilfsprogramm zur Geltendmachung von Ansprüchen unter der Telefonnummer +1 (866) 874-6099 oder besuchen Sie unsere Webseite www.dcsettlement.com

6. WELCHE ENTSCHÄDIGUNGSLEISTUNGEN GIBT ES FÜR ANERKANNTE ANSPRÜCHE IM ERKRANKUNGSFALL?

Die Leistungen in Krankheitskategorie 1 richten sich nach Ihrem anerkannten Schwere- oder Behinderungsgrad.

ENTSCHÄDIGUNGSPLAN FÜR KRANKHEITSKATEGORIE 1 Jede anerkannte Erkrankung in Krankheitskategorie 1 mit Schwere- oder Behinderungsgrad A, B, C oder D	Sie müssen nachweisen können, dass Sie ein Dow Corning Brustimplantat und kein Bristol, Baxter oder 3M Silikongel-Brustimplantat** hatten.		
	Basisentschädigung	+ Zusätzliche Entschädigungsleistung	= Gesamtentschädigung
Schwere-/Behinderungsgrad A	\$ 30.000 (U.S.)	+ \$ 6.000 (U.S.)	= \$ 36.000 (U.S.)
Schwere-/Behinderungsgrad B	\$ 12.000 (U.S.)	+ \$ 2.400 (U.S.)	= \$ 14.400 (U.S.)
Schwere-/Behinderungsgrad C oder D	\$ 6.000 (U.S.)	+ \$ 1.200 (U.S.)	= \$ 7.200 (U.S.)

**Wenn Sie einen hinreichenden Beweis vorlegen, dass Sie ein Silikongel-Brustimplantat von Bristol, Baxter oder 3M hatten, wird Ihre Gesamtentschädigung um 50 % gekürzt.

DIE HINWEISE NICHT MIT DEM FORMULAR ZURÜCKSENDEN.

Wenn Sie Hilfe benötigen oder Fragen haben, wenden Sie sich gebührenfrei an das Hilfsprogramm zur Geltendmachung von Ansprüchen unter der Telefonnummer +1 (866) 874-6099 oder besuchen Sie unsere Webseite www.dcsettlement.com

Die Leistungen in Krankheitskategorie 2 richten sich nach dem Schweregrad Ihrer anerkannten, zur Entschädigung berechtigenden Erkrankung oder Ihres Leidens.

ENTSCHÄDIGUNGSPLAN FÜR KRANKHEITSKATEGORIE 2

Suchen Sie die anerkannte Erkrankung in Krankheitskategorie 2 unten sowie den Schweregrad der Erkrankung.	Sie müssen nachweisen können, dass Sie ein Dow Corning Brustimplantat und kein Bristol, Baxter oder 3M Silikongel-Brustimplantat** hatten.		
	Basis-entschädigung	+ Zusätzliche Entschädigungsleistung	= Gesamt-entschädigung
Sklerodermie (SS) oder Lupus (SLE); Schweregrad A	\$150.000 (U.S.)	+ \$ 30.000 (U.S.)	= \$ 180.000 (U.S.)
Sklerodermie (SS) oder Lupus (SLE); Schweregrad B	\$120.000 (U.S.)	+ \$ 24.000 (U.S.)	= \$ 144.000 (U.S.)
Sklerodermie (SS) oder Lupus (SLE); Schweregrad C	\$ 90.000 (U.S.)	+ \$ 18.000 (U.S.)	= \$ 108.000 (U.S.)
Polymyositis (PM) oder Dermatomyositis (DM) (für PM und DM gibt es nur einen Schweregrad); Allgemeine Bindegewebssymptome (GCTS), Schweregrad A	\$ 66.000 (U.S.)	+ \$ 13.200 (U.S.)	= \$ 79.200 (U.S.)
Allgemeine Bindegewebssymptome (GCTS); Schweregrad B	\$ 45.000 (U.S.)	+ \$ 9.000 (U.S.)	= \$ 54.000 (U.S.)

**Wenn Sie einen hinreichenden Beweis vorlegen, dass Sie ein Silikongel-Brustimplantat von Bristol, Baxter oder 3M hatten, wird Ihre Gesamtentschädigung um 50 % gekürzt.

7. ICH BIN MIR NICHT SICHER, OB ICH AN LUPUS ODER ACTD LEIDE. IM ANTRAGSFORMULAR FÜR ENTSCHÄDIGUNG IM ERKRANKUNGSFALL STEHT, DASS ICH NUR EINE (1) KRANKHEIT AUSWÄHLEN KANN. WIE TREFFE ICH DIE RICHTIGE ENTSCHEIDUNG?

Fragen Sie Ihren Arzt, welche Krankheit oder welches Leiden er bei Ihnen diagnostiziert oder festgestellt hat, bevor Sie das Antragsformular für eine Entschädigung im Erkrankungsfall ausfüllen. Kreuzen Sie das Kästchen an, das Ihrer Diagnose und den begleitenden medizinischen Aufzeichnungen entspricht. Wenn Sie das Kästchen entweder für Lupus, Sklerodermie, Polymyositis, Dermatomyositis oder GCTS ankreuzen und nicht zugelassen werden, wird die Vergleichsstelle Ihren Anspruch auf ACTD und/oder ANDS prüfen, wenn nach Meinung der Vergleichsstelle die Wahrscheinlichkeit besteht, dass Sie für eines (1) dieser Leiden anspruchsberechtigt sind.

DIE HINWEISE NICHT MIT DEM FORMULAR ZURÜCKSENDEN.

Wenn Sie Hilfe benötigen oder Fragen haben, wenden Sie sich gebührenfrei an das Hilfsprogramm zur Geltendmachung von Ansprüchen unter der Telefonnummer +1 (866) 874-6099 oder besuchen Sie unsere Webseite www.dcsettlement.com

8. WELCHE FRIST MUSS ICH BEACHTEN, UM EINEN ANSPRUCH IM ERKRANKUNGSFALL EINZUREICHEN?

Sie müssen das Antragsformular für die Entschädigung im Erkrankungsfall (roter Rand) sowie die begleitenden medizinischen Aufzeichnungen spätestens mit Ablauf von fünfzehn (15) Jahren ab dem Stichtag ausfüllen und einreichen. *(Weitere Informationen über den Stichtag finden Sie in F9-5 der Informationsbroschüre für Antragsteller.)* Bevor ein Anspruch im Erkrankungsfall geprüft oder gezahlt werden kann, müssen Sie auch das Formular zum Herstellernachweis (blauer Rand) sowie die medizinischen Aufzeichnungen oder Unterlagen ausgefüllt und eingereicht haben, die nachweisen, dass Sie ein Dow Corning Brustimplantat hatten.

9. WAS MACHE ICH, WENN ICH BEZÜGLICH MEINES ANSPRUCHS IM ERKRANKUNGSFALL EIN PROBLEM HABE ODER EINE „MITTEILUNG ÜBER MÄNGEL IN DER ANSPRUCHSBEGRÜNDUNG“ ERHALTE? GIBT ES EINE FRIST, UM ZUSÄTZLICHE UNTERLAGEN FÜR DIE BEHEBUNG DES PROBLEMS EINZUREICHEN?

Sollte es ein Problem mit Ihrem Anspruch im Erkrankungsfall geben, wird Sie die Vergleichsstelle über das Problem schriftlich informieren. Sie haben eine Frist von einem (1) Jahr ab dem Datum des Schreibens über den Mangel, um das Problem zu beheben. **Wenn Sie das Problem nicht innerhalb dieses Zeitraums von einem (1) Jahr beheben, wird Ihr Anspruch im Erkrankungsfall abgelehnt, und Sie können in Zukunft nur Ansprüche für ein neues zur Entschädigung berechtigendes Leiden geltend machen, das sich nach Ende des Zeitraums von einem (1) Jahr zum Beheben eines Mangels manifestiert.**

Da diese Zeit zum Beheben von Problemen sehr kurz ist, sollten Sie Ihre medizinischen Aufzeichnungen unbedingt sehr sorgfältig prüfen, bevor Sie diese einsenden. Senden Sie Ihre Aufzeichnungen nicht nach und nach an die Vergleichsstelle. Wenn ein Anspruch im Erkrankungsfall eingeht, wird die Vergleichsstelle Ihren Anspruch auf Basis der medizinischen Aufzeichnungen und Unterlagen, die sich zu diesem Zeitpunkt in Ihrer Akte befinden, prüfen und bewerten. Wenn Sie nicht alle medizinischen Aufzeichnungen und Unterlagen für die Unterstützung Ihres Anspruchs eingereicht haben, erhalten Sie ein Schreiben mit Hinweis auf Mängel in der Anspruchsbegründung, das Ihnen mitteilt, dass Ihr Anspruch abgelehnt wird.

Wenn Ihre medizinischen Aufzeichnungen die in der Informationsbroschüre für Antragsteller genannten Nachweisanforderungen erfüllen, erhalten Sie von der Vergleichsstelle ein Schreiben, in dem Sie darüber informiert werden, dass Ihr Anspruch anerkannt wird. Anerkannte Ansprüche werden nach dem Stichtag ausgezahlt.

10. AN WEN KANN ICH MICH WENDEN, WENN ICH FRAGEN HABE ODER HILFE BENÖTIGE?

Das Hilfsprogramm zur Geltendmachung von Ansprüchen hilft Ihnen bei Fragen über das Ausfüllen der Formulare im Paket zur Geltendmachung von Ansprüchen. Sie erhalten dort auch Informationen, wie Sie die erforderlichen medizinischen Aufzeichnungen und Unterlagen für die Unterstützung Ihres Anspruchs erhalten. Dieser Service ist kostenlos.

Rufen Sie die gebührenfreie Nummer +1 (866) 874-6099 an oder besuchen Sie unsere Webseite unter www.dcsettlement.com.

DIE HINWEISE NICHT MIT DEM FORMULAR ZURÜCKSENDEN.

Wenn Sie Hilfe benötigen oder Fragen haben, wenden Sie sich gebührenfrei an das Hilfsprogramm zur Geltendmachung von Ansprüchen unter der Telefonnummer +1 (866) 874-6099 oder besuchen Sie unsere Webseite www.dcsettlement.com

Diese Seite wurde absichtlich frei gelassen.

ANTRAGSFORMULAR FÜR DIE BESCHLEUNIGTE VERZICHTSENTSCHÄDIGUNG VON \$ 1.200 (U.S.) ODER ENTSCHÄDIGUNG IM ERKRANKUNGSFALL

ANTRAGSTELLER MIT DOW CORNING BRUSTIMPLANTAT (KLASSE 6.1)

Verwenden Sie dieses Formular, um entweder die Beschleunigte Verzichtentschädigung in Höhe von \$ 1.200 (U.S.) **ODER** eine Entschädigung im Erkrankungsfall in Höhe von \$ 7.200 - \$ 180.000 (U.S.) zu beantragen.

1. Verwenden Sie das Ihrem Paket beigefügte Etikett.

<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto; height: 150px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>ETIKETT HIER AUFKLEBEN</p> </div>	<p>HIER KÖNNEN SIE ÄNDERUNGEN ODER KORREKTUREN AN IHREN DATEN VORNEHMEN:</p> <p>1. Anspruchsnummer oder Sozialversicherungsnummer: _____</p> <p>2. Geburtsdatum: _____ Mon. /Tag/Jahr</p> <p>3. _____ Neuer Nachname</p> <p>4. _____ Neue Adresse</p> <p>_____ Stadt Bundesstaat/Land Postleitzahl</p> <p>5. Telefonnr. tagsüber: (____) _____</p> <p>6. Telefonnr. abends: (____) _____</p> <p>7. Name/Adresse/Telefon/Fax des Rechtsanwalts: _____ _____</p> <p>8. Möchten Sie Newsletter oder Informationen über Ihren Anspruch per Email erhalten, geben Sie hier bitte Ihre Email-Adresse an: _____</p>
--	--

2. Kreuzen Sie Kästchen 2A an, um die Beschleunigte Verzichtentschädigung in Höhe von \$ 1.200 (U.S.) zu beantragen, oder Kästchen 2B, um die Entschädigung im Erkrankungsfall zu beantragen. Bitte nicht beide Kästchen ankreuzen.

- 2A. Ich beantrage die Beschleunigte Verzichtentschädigung in Höhe von \$ 1.200 (U.S.). Mir ist bekannt, dass ich dadurch mein Recht aufgabe, jetzt oder später eine Entschädigung im Erkrankungsfall zu beantragen. Die Frist für die Beantragung dieser Leistung beträgt drei (3) Jahre ab dem Stichtag. (Wenn Sie dieses Kästchen ankreuzen, fahren Sie mit Frage 6 fort und unterzeichnen Sie das Formular.)

ODER

2B. Ich beantrage eine Entschädigung im Erkrankungsfall. Ich habe alle medizinischen Aufzeichnungen und Unterlagen eingeholt, die ich für den Nachweis meines Anspruchs benötige, und bin bereit, meinen Anspruch im Erkrankungsfall beurteilen zu lassen. Die Frist für die Beantragung dieser Leistung beträgt fünfzehn (15) Jahre ab dem Stichtag. *(Wenn Sie dieses Kästchen ankreuzen, fahren Sie mit Frage 3 fort.)*

3. *Kreuzen Sie dieses Kästchen nur an, wenn Ihr Anspruch im Erkrankungsfall im Ausländischen oder Überarbeiteten Vergleichsprogramm (FSP oder RSP) bereits beurteilt wurde und Sie sich auf die bestehende Beurteilung verlassen möchten, ohne weitere medizinische Aufzeichnungen oder Unterlagen einzureichen. In diesem Fall fahren Sie mit Frage 6 fort und unterzeichnen Sie das Formular. Möchten Sie jedoch eine Erkrankung oder einen Behinderungs-/Schweregrad geltend machen, der sich von dem im FSP oder RSP anerkannten Anspruch unterscheidet, fahren Sie bitte mit Frage 4 fort.*

4. *Wählen Sie genau eine/eines (1) der bei 4A bis 4I unten aufgelisteten Erkrankungen oder Leiden. Wenn Sie mehr als eines (1) dieser Kästchen ankreuzen, wird die Vergleichsstelle Ihren Anspruch im Erkrankungsfall erst dann prüfen, nachdem Sie sich für eine (1) Erkrankung entschieden haben.*

4A. Ich stelle einen Anspruch hinsichtlich atypischer Bindegewebserkrankung (ACTD), auch atypisches rheumatisches Syndrom (ARS) oder unspezifische Autoimmunerkrankung (NAC) genannt.

oder

4B. Ich stelle einen Anspruch hinsichtlich atypisches neurologisches Syndrom (ANDS).

oder

4C. Ich stelle einen Anspruch hinsichtlich primäres Sjögren Syndrom (PSS).

oder

4D. Ich stelle einen Anspruch hinsichtlich Mischkollagenose/Sharp Syndrom (MCTD).

oder

4E. Ich stelle einen Anspruch hinsichtlich systemischer Sklerose/Sklerodermie (SS).

oder

4F. Ich stelle einen Anspruch hinsichtlich systemischer Lupus erythematosus (SLE).

oder

4G. Ich stelle einen Anspruch hinsichtlich Polymyositis (PM).

oder

4H. Ich stelle einen Anspruch hinsichtlich Dermatomyositis (DM).

oder

4I. Ich stelle einen Anspruch hinsichtlich allgemeiner Bindegewebssymptome (GCTS).

Wenn Sie für die Erkrankung oder das Leiden, die bzw. das Sie in Frage 4C bis 4I angekreuzt haben, nicht anspruchsberechtigt sind, wird die Vergleichsstelle Ihren Anspruch im Erkrankungsfall prüfen, ob Sie für atypische Bindegewebserkrankung (ACTD) und/oder atypisches neurologisches Syndrom (ANDS) anspruchsberechtigt sind.

5. Kreuzen Sie entweder Kästchen 5A oder Kästchen 5B unten an.

5A. Ich habe diesem Formular neue oder zusätzliche medizinische Aufzeichnungen beigefügt, die meinen Anspruch im Erkrankungsfall unterstützen. *(Bitte fertigen Sie eine Kopie für Ihre Akten an.)*

5B. Ich habe bereits medizinische Aufzeichnungen und Unterlagen eingereicht, die meinen Anspruch im Erkrankungsfall unterstützen, und reiche keine weiteren Aufzeichnungen ein.

6. Unterzeichnen Sie das Formular im unten vorgesehenen Feld. Wenn Sie die Beschleunigte Verzichtentschädigung beantragen, müssen Sie das Formular spätestens mit Ablauf von drei (3) Jahren nach dem Stichtag ausfüllen und einreichen.

Wenn Sie eine Entschädigung im Erkrankungsfall beantragen, müssen Sie das Formular spätestens mit Ablauf von fünfzehn (15) Jahren nach dem Stichtag ausfüllen und einreichen.

Hiermit erkläre ich bei Strafbarkeit falscher Aussagen unter Eid, dass die zu diesem Anspruch gemachten Angaben nach meinem besten Wissen und Gewissen wahr, richtig und vollständig sind.

Datum der Unterschrift

Unterschrift des Antragstellers, Testamentsvollstreckers/Nachlasspflegers oder Vormunds