
ANTRAG FÜR EINE FINANZIELLE UNTER- STÜTZUNG AUS DEM ENTSCHÄDIGUNGSFONDS FÜR ASBESTOPFER

Bitte beantworten Sie sämtliche der aufgeführten Punkte.

1. Erkrankte Person

Name und Vorname _____

Geburtsdatum _____

AHV-Nummer _____

Letze Wohnadresse:
Strasse/Nr. _____

PLZ/Wohnort _____

Land _____

Die erkrankte Person
ist verstorben? _____

Datum des Todes _____

2. Gesuchstellende Person

Sie sind nicht die erkrankte Person, aber zum Beispiel mit jener verheiratet oder leben mit ihr in einer eingetragenen Partnerschaft, sind erbberechtigt oder vertreten die betroffene Person rechtlich.

Name und Vorname _____

Strasse / Nr. _____

PLZ / Wohnort _____

Land _____

E-Mail-Adresse _____

Telefonnummer _____

3. Zur Mesotheliom-Erkrankung der betroffenen Person

Erfolgte die Mesotheliom-Erkrankung nachweislich aufgrund des Kontaktes mit Asbest in der Schweiz?

Ja

Nein

Erstbehandlung

Name Ärztin / Arzt
und genaue Adresse

Weitere involvierte
Ärztinnen und Ärzte /
Spitäler

Hat sich eine schweizerische obligatorische Unfallversicherung (UVG-Versicherung) bereits mit dieser Mesotheliom-Erkrankung befasst?

Ja

Nein

Name der Versicherung

Adresse der Versicherung

Versicherungsnummer

Falls nein: Welche andere Versicherung ist für die Behandlung aufgekommen (z.B. Krankenkasse)?

Name

Adresse

Versicherungs- /
Policennummer

4. Beruflicher Werdegang der erkrankten Person

Bitte listen Sie alle beruflichen Tätigkeiten bis zum Ausbruch der Mesotheliom-Erkrankung auf.

Berufliche Ausbildung

Von: _____ Bis: _____

Beruf _____

Lehrbetrieb _____

Adresse _____

Asbestkontakt Ja Nein

Art der Tätigkeit mit
Asbestkontakt

Berufliche Ausbildung

Von: _____ Bis: _____

Beruf _____

Betrieb _____

Adresse _____

Asbestkontakt Ja Nein

Art der Tätigkeit mit
Asbestkontakt

Von: _____ Bis: _____

Beruf _____

Betrieb _____

Adresse _____

Asbestkontakt Ja Nein

Art der Tätigkeit mit
Asbestkontakt

Von: _____ Bis: _____

Beruf _____

Betrieb _____

Adresse _____

Asbestkontakt Ja Nein

Art der Tätigkeit mit Asbestkontakt _____

Von: _____ Bis: _____

Beruf _____

Betrieb _____

Adresse _____

Asbestkontakt Ja Nein

Art der Tätigkeit mit Asbestkontakt _____

Von: _____ Bis: _____

Beruf _____

Betrieb _____

Adresse _____

Asbestkontakt Ja Nein

Art der Tätigkeit mit Asbestkontakt _____

5. Andere Kontakte

Die betroffene Person ist an anderer Stelle mit Asbest in Kontakt gekommen? Bitte beschreiben Sie detailliert, wo, wann und wie in der Schweiz dieser Kontakt stattfand.

Wo: _____

Von: _____ Bis: _____

Wie ist es zum Kontakt mit Asbest gekommen?

Wo: _____

Von: _____ Bis: _____

Wie ist es zum Kontakt mit Asbest gekommen?

Wo: _____

Von: _____ Bis: _____

Wie ist es zum Kontakt mit Asbest gekommen?

6. Angehörige

Sie waren mit der erkrankten Person verheiratet oder haben in den letzten fünf Jahren bis zu ihrem Tod eine eingetragene Partnerschaft mit der erkrankten Person gepflegt.

Name und Vorname _____

Geburtsdatum _____

Aktuelle Adresse:
Strasse / Nr. _____

PLZ / Wohnort _____

Land _____

Kinder

Sie sind eines der Kinder der erkrankten Person.

Name und Vorname _____

Geburtsdatum _____

Aktuelle Adresse:
Strasse / Nr. _____

PLZ / Wohnort _____

Land _____

Name und Vorname _____

Geburtsdatum _____

Aktuelle Adresse:
Strasse / Nr. _____

PLZ / Wohnort _____

Land _____

Name und Vorname _____

Geburtsdatum _____

Aktuelle Adresse:
Strasse / Nr. _____

PLZ / Wohnort _____

Land _____

Beilagen

Bitte führen Sie alle Unterlagen, die Sie mit diesem Gesuch einreichen, detailliert auf.

Ermächtigung / Entbindung von der Schweigepflicht

Die unterzeichnende Person ermächtigt die Stiftung Entschädigungsfonds für Asbestopfer und ihre Hilfspersonen, bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, den Unfall- und Krankenversicherungen in der Schweiz und im Ausland, bei der Opferhilfe, bei Haftpflichtversicherungen Dritter sowie bei Privatversicherungen der erkrankten Person alle für die Beurteilung des Entschädigungsgesuches notwendigen Unterlagen einzuholen und zu bearbeiten. Gleichzeitig entbindet die unterzeichnende Person die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, die Unfall- und Krankenversicherungen in der Schweiz und im Ausland, die Opferhilfe, die Haftpflichtversicherungen Dritter sowie die Privatversicherungen der erkrankten Person von ihrer Schweigepflicht, damit diese Stellen der Stiftung Entschädigungsfonds für Asbestopfer und ihren Hilfspersonen alle für die Beurteilung des Entschädigungsgesuches benötigten Auskünfte erteilen dürfen.

Ort und Datum _____

Unterschrift _____

Bitte füllen Sie dieses Gesuch am Computer aus. Falls Sie es handschriftlich bearbeiten, achten Sie bitte darauf, dass Ihre Handschrift leserlich ist.

Senden Sie das Gesuch mit vollständigen Unterlagen an die folgende Adresse:

Stiftung Entschädigungsfonds für Asbestopfer
Service-Center Gesuche
Fluhmattstrasse 1
Postfach
6002 Luzern
Schweiz