DEMANDE DE SOUTIEN FINANCIER AU FONDS D'INDEMNISATION POUR LES VICTIMES DE L'AMIANTE

Veuillez répondre à toutes les questions.

1. Personne malade

Nom et prénom _____

Date de naissance _____

Numéro AVS _____

Dernière adresse:
Rue / n° _____

NPA / localité _____

Pays _____

La personne malade est-elle décédée? _____

Date du décès _____

2. Personne requérante

Vous n'êtes pas la personne malade, mais vivez en couple avec elle, par exemple dans le cadre d'un mariage ou d'un partenariat enregistré; vous avez droit à l'héritage ou vous représentez juridiquement la personne concernée.

Nom et prénom _____

Rue / n° _____

NPA / lieu _____

Pays _____

Adresse e-mail _____

Numéro de téléphone _____

3. À propos du mésothéliome de la personne concernée

Le mésothéliome est-il apparu à la suite d'un contact avéré avec de l'amiante en Suisse?

___ Oui ___ Non

Traitement initial _____

Nom du médecin
et adresse exacte _____

Autres médecins ou
hôpitaux concernés _____

Une assurance-accidents obligatoire suisse (assurances selon la LAA) est-elle déjà entrée en matière pour ce mésothéliome?

___ Oui ___ Non

Nom de l'assurance _____

Adresse de l'assurance _____

Numéro d'assuré-e _____

Dans le cas contraire, quelle autre assurance a couvert le traitement (p. ex. caisse-maladie)?

Nom _____

Adresse _____

Numéro d'assuré-e /
de police _____

4. Parcours professionnel de la personne malade

Veuillez indiquer toutes les activités professionnelles jusqu'à l'apparition du mésothéliome.

Apprentissage

Du: _____ Au: _____

Profession _____

Entreprise formatrice _____

Adresse _____

Contact avec de l'amiante? ___ Oui ___ Non

Type d'activité au contact de l'amiante

_____

Activités professionnelles

Du: _____ Au: _____

Profession _____

Entreprise _____

Adresse _____

Contact avec de l'amiante? ___ Oui ___ Non

Type d'activité au contact de l'amiante

_____

Du: _____ Au: _____

Profession _____

Entreprise _____

Adresse _____

Contact avec de l'amiante? ___ Oui ___ Non

Type d'activité au contact de l'amiante

_____

Du: _____ Au: _____

Profession _____

Entreprise _____

Adresse _____

Contact avec de l'amiante? ___ Oui ___ Non

Type d'activité au contact de l'amiante

_____

Du: _____ Au: _____

Profession _____

Entreprise _____

Adresse _____

Contact avec de l'amiante? ___ Oui ___ Non

Type d'activité au contact de l'amiante

_____

Von: _____ Au: _____

Profession _____

Entreprise _____

Adresse _____

Contact avec de l'amiante? ___ Oui ___ Non

Type d'activité au contact de l'amiante

_____

5. Autres contacts

La personne malade est-elle entrée en contact avec de l'amiante à une autre occasion? Veuillez décrire de manière détaillée où et quand ce contact s'est produit en Suisse.

Où? _____

Du: _____ Au: _____

Comment le contact avec l'amiante s'est-il produit?

_____

Où? _____

Du: _____ Au: _____

Comment le contact avec l'amiante s'est-il produit?

_____

Où? _____

Du: _____ Au: _____

Comment le contact avec l'amiante s'est-il produit?

_____

6. Proches

Vous avez vécu en couple avec la personne malade dans le cadre d'un mariage ou d'un partenariat enregistré durant cescinq dernières années jusqu'à son décès.

Nom et prénom _____

Date de naissance _____

Adresse actuelle:
Rue / n° _____

NPA / lieu _____

Pays _____

Enfants

Vous êtes la fille ou le fils de la personne malade.

Nom et prénom _____

Date de naissance _____

Adresse actuelle:
Rue / n° _____

NPA / lieu _____

Pays _____

Nom et prénom _____

Date de naissance _____

Adresse actuelle:
Rue / n° _____

NPA / lieu _____

Pays _____

Nom et prénom _____

Date de naissance _____

Adresse actuelle:
Rue / n° _____

NPA / lieu _____

Pays _____

Annexes

Veuillez indiquer ici toutes les annexes que vous joignez à la présente demande.

Autorisation / levée du secret professionnel

La personne soussignée autorise la Fondation Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et ses auxiliaires à se procurer et à examiner tous les documents nécessaires à l'appréciation de la demande d'indemnisation auprès des médecins traitants, des assurances accidents et maladie en Suisse et à l'étranger, de l'aide aux victimes, des assurances responsabilité civile et des assurances privées de la personne malade. Parallèlement, la personne soussignée libère de leur devoir de confidentialité les médecins traitants, les assurances accidents et maladie en Suisse et à l'étranger, l'aide aux victimes, les assurances responsabilité civile et les assurances privées de la personne malade, afin que ces organismes puissent fournir à la Fondation Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et à ses auxiliaires tous les renseignements nécessaires à l'évaluation de la demande d'indemnisation.

Lieu et date _____ Signature _____

Veuillez compléter cette demande à l'ordinateur. Au cas où vous le faites à la main, veillez à écrire lisiblement.

Veuillez adresser votre demande complète avec ses annexes à l'adresse suivante:

Fondation Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
Service-Center Demandes
Fluhmattstrasse 1
Case postale
6002 Lucerne
Suisse