

---

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

**Veillez 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. Requéran-t-e

Vous n'êtes pas vous-même malade, mais vivez en couple avec la personne concernée dans le cadre d'un mariage ou d'un partenariat enregistré, vous êtes l'un ou l'une de ses héritiers ou héritières ou son/sa représentant-e légal-e?

---

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

Veillez 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 \_\_\_\_\_

Du: \_\_\_\_\_ 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 été marié-e ou avez vécu avec la personne concernée dans le cadre d'un partenariat enregistré durant ces cinq dernières années jusqu'à son décès.

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse actuelle:  
Rue / n° \_\_\_\_\_

NPA / lieu \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_

---

## Enfants

Vous êtes l'un-e des enfants 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 \_\_\_\_\_

