
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 _____

Letzte Wohnadresse:
Strasse / Nr. _____

PLZ / Wohnort _____

Land _____

Die erkrankte Person
ist verstorben? _____

Datum des Todes _____

2. Gesuchstellerin/Gesuchsteller

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 Tätigkeiten

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 _____

