

---

# 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 \_\_\_\_\_

**Beilagen**

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Ermächtigung / Entbindung von der Schweigepflicht**

Die/der Unterzeichnende 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 gesuchstellenden Person alle für die Beurteilung des Entschädigungsgesuches notwendigen Unterlagen einzuholen und zu bearbeiten. Gleichzeitig entbindet die/der Unterzeichnende die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, die Unfall- und Krankenversicherungen in der Schweiz und im Ausland, die Opferhilfe, die Haftpflichtversicherungen Dritter sowie die Privatversicherungen der gesuchstellenden 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