



RICHIESTA DI SOSTEGNO FINANZIARIO AL FONDO PER LE VITTIME DELL'AMIANTO

Si prega di rispondere a tutti i punti riportati.

1. Persona affetta dalla patologia

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

Numero AVS _____

Ultimo indirizzo di residenza:
Via/N. _____

NPA/Località _____

Stato _____

La persona affetta dalla
patologia è deceduta? _____

Data del decesso _____

2. Richiedente

Lei non è la persona affetta dalla patologia, ma è, ad esempio, il/la coniuge o partner di una unione domestica registrata, erede legittimo/a oppure rappresenta legalmente la persona interessata.

Cognome e nome _____

Via/N. _____

NPA/Località _____

Stato _____

Indirizzo e-mail _____

Numero telefonico _____

3. Informazioni sul mesotelioma della persona interessata

Il mesotelioma è stato dimostrabilmente causato dal contatto con l'amianto in Svizzera?

Sì

No

Primo trattamento

Nome e indirizzo esatto del medico

Altri medici / ospedali coinvolti

Una compagnia svizzera di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (LAINF) si è già occupata di questo caso di mesotelioma?

Sì

No

Nome della compagnia assicurativa

Indirizzo della compagnia assicurativa

Numero assicurazione

In caso di risposta negativa, quale altra compagnia assicurativa si è fatta carico del trattamento (ad esempio cassa malati)?

Nome

Indirizzo

Numero assicurazione / polizza

4. Percorso professionale della persona affetta dalla patologia

Si prega di elencare tutte le attività professionali svolte fino all'insorgenza del mesotelioma.

Formazione professionale

Da: _____ A: _____

Professione _____

Azienda di apprendistato _____

Indirizzo _____

Contatto con l'amianto Sì No

Tipo di attività che ha causato il contatto con l'amianto _____

Attività professionali

Da: _____ A: _____

Professione _____

Azienda _____

Indirizzo _____

Contatto con l'amianto Sì No

Tipo di attività che ha causato il contatto con l'amianto _____

Da: _____ A: _____

Professione _____

Azienda _____

Indirizzo _____

Contatto con l'amianto Sì No

Tipo di attività che ha causato il contatto con l'amianto _____

Da: _____ A: _____

Professione _____

Azienda _____

Indirizzo _____

Contatto con l'amianto Sì No

Tipo di attività che ha causato il contatto con l'amianto _____

Da: _____ A: _____

Professione _____

Azienda _____

Indirizzo _____

Contatto con l'amianto Sì No

Tipo di attività che ha causato il contatto con l'amianto _____

Da: _____ A: _____

Professione _____

Azienda _____

Indirizzo _____

Contatto con l'amianto Sì No

Tipo di attività che ha causato il contatto con l'amianto _____

5. Altri contatti

La persona interessata è entrata in contatto con l'amianto in un altro contesto? Si prega di descrivere dettagliatamente dove, quando e come si è verificato tale contatto in Svizzera.

Dove?

Da: _____ A: _____

Com'è avvenuto
il contatto con l'amianto?

Dove?

Da: _____ A: _____

Com'è avvenuto
il contatto con l'amianto?

Dove?

Da: _____ A: _____

Com'è avvenuto
il contatto con l'amianto?

6. Congiunti

Lei è il/la coniuge della persona affetta dalla patologia oppure ha intrattenuto con questa un'unione domestica registrata negli ultimi cinque anni precedenti alla sua morte.

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

Indirizzo attuale:
Via / N. _____

NPA/Località _____

Stato _____

Figli

Da compilare se lei è figlio/a della persona affetta dalla patologia

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

Indirizzo attuale:
Via / N. _____

NPA/Località _____

Stato _____

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

Indirizzo attuale:
Via / N. _____

NPA/Località _____

Stato _____

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

Indirizzo attuale:
Via / N. _____

NPA/Località _____

Stato _____

Allegati

Si prega di elencare dettagliatamente tutti i documenti che presenta unitamente a questa richiesta.

Autorizzazione / Esonero dall'obbligo di riservatezza

Il/la sottoscritto/a autorizza la Fondazione Fondo per le vittime dell'amianto e il suo personale ausiliario a richiedere ed elaborare tutti i documenti necessari per la valutazione della richiesta di indennità ai medici curanti, alle assicurazioni infortuni e malattia in Svizzera e all'estero, all'Aiuto alle vittime di reati, alle assicurazioni di responsabilità civile verso terzi e alle assicurazioni private della persona richiedente. Al contempo il/la sottoscritto/a esonera dall'obbligo di riservatezza i medici curanti, le assicurazioni infortuni e malattia in Svizzera e all'estero, l'Aiuto alle vittime di reati, le assicurazioni di responsabilità civile verso terzi e le assicurazioni private della persona richiedente, affinché costoro possano trasmettere alla Fondazione Fondo per le vittime dell'amianto e al suo personale ausiliario tutte le informazioni necessarie per la valutazione della richiesta di indennità.

Luogo e data _____

Firma _____

Si prega di compilare la presente richiesta al computer. In caso venga redatta a mano, si prega di controllare che la scrittura sia leggibile.

Inviare la richiesta corredata di tutti i documenti all'indirizzo seguente:

Fondazione Fondo per le vittime dell'amianto
Service Center Richieste
Fluhmattstrasse 1
Casella postale
6002 Lucerna
Svizzera