
GESUCH EINER AN EINEM MESOTHELIOM ERKRANKTEN PERSON FÜR EINE ENTSCHÄDIGUNG AUS DEM ENTSCHÄDIGUNGS- FONDS FÜR ASBESTOPFER

Zu beachten: Es ist wichtig, dass sämtliche der unten aufgeführten Punkte vollständig beantwortet werden.

1. Erkrankte Person

Name und Vorname _____

Geburtsdatum _____

SV-/AHV-Nummer _____

Letzte Wohnadresse:
Strasse / Nr. _____

PLZ / Wohnort _____

Land _____

Falls die erkrankte Person
verstorben ist, Datum des
Eintritts des Todes: _____

2. Gesuchsteller (falls das Gesuch nicht von der erkrankten Person gestellt wird)

In welcher Beziehung stehen Sie zur oben genannten Person?

(z. B. Ehepartner, Lebenspartner, Kind, Rechtsvertreter etc.)

Name und Vorname _____

Strasse / Nr. _____

PLZ / Wohnort _____

Land _____

E-Mail-Adresse _____

Telefonnummer _____

3. Mesotheliom-Erkrankung

Wurde bei der betroffenen Person eine nachweislich in der Schweiz durch Asbest verursachte Mesotheliom-Erkrankung diagnostiziert?

Ja

Nein

Erstbehandlung

Name des Arztes

und genaue Adresse

Weitere involvierte
Ärzte / Spitäler

Hat sich mit dieser Mesotheliom-Erkrankung bereits ein schweizerischer obligatorischer Unfallversicherer (UVG-Versicherer) befasst?

Ja

Nein

Name des Versicherers

Adresse des Versicherers

Versicherungsnummer

Falls nein: Welcher andere Versicherer ist für die Behandlung aufgekommen (z. B. Krankenkasse)?

Name

Genaue Adresse

Versicherungs-/
Policennummer

4. Beruflicher Werdegang, Asbestkontakt der erkrankten Person

Bitte alle beruflichen Tätigkeiten bis zum Ausbruch der Mesotheliom-Erkrankung auflisten

Berufliche Ausbildung

von: _____ bis: _____

Beruf _____

Lehrbetrieb _____

Adresse _____

Asbestkontakt Ja Nein

Art der Tätigkeit mit
Asbestkontakt _____

Berufliche Tätigkeiten

von: _____ bis: _____

Beruf _____

Firma _____

Adresse _____

Asbestkontakt Ja Nein

Art der Tätigkeit mit
Asbestkontakt _____

von: _____ bis: _____

Beruf _____

Firma _____

Adresse _____

Asbestkontakt Ja Nein

Art der Tätigkeit mit
Asbestkontakt _____

von: _____ bis: _____

Beruf

Firma

Adresse

Asbestkontakt

Ja Nein

Art der Tätigkeit mit
Asbestkontakt

von: _____ bis: _____

Beruf

Firma

Adresse

Asbestkontakt

Ja Nein

Art der Tätigkeit mit
Asbestkontakt

von: _____ bis: _____

Beruf

Firma

Adresse

Asbestkontakt

Ja Nein

Art der Tätigkeit mit
Asbestkontakt

5. Andere Kontakte mit Asbest

Wo?

von: _____ bis: _____

Wie ist es zum Kontakt
mit Asbest gekommen?
(Bitte detailliert beschreiben)

Wo?

von: _____ bis: _____

Wie ist es zum Kontakt
mit Asbest gekommen?
(Bitte detailliert beschreiben)

Wo?

von: _____ bis: _____

Wie ist es zum Kontakt
mit Asbest gekommen?
(Bitte detailliert beschreiben)

6. Angehörige

Ehepartnerin / Ehepartner, eingetragene Partnerin / eingetragener Partner, Lebenspartnerin / Lebenspartner, welche/-r mit der erkrankten Person in den letzten 5 Jahren bis zu ihrem Tod ununterbrochen eine Lebensgemeinschaft geführt hat

Name und Vorname _____

Geburtsdatum _____

Aktuelle Adresse:
Strasse / Nr. _____

PLZ / Wohnort _____

Land _____

Kinder

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 _____

