



---

# DEMANDE D'INDEMNISATION AUPRÈS DU FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE POUR UNE PERSONNE ATTEINTE D'UN MÉSOTHÉLIOME

**N. B.:** veuillez donner des réponses complètes pour chaque point ci-dessous.

## 1. Personne atteinte

Nom et prénom \_\_\_\_\_

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

N° AVS / AS \_\_\_\_\_

Dernière adresse:  
Rue, n° \_\_\_\_\_

NPA, localité \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_

Si le malade est décédé,  
veuillez préciser la date  
du décès: \_\_\_\_\_

---

## 2. Demandeur (si la demande n'est pas déposée par la personne atteinte)

Quels rapports entretenez-vous avec la personne susmentionnée?

(p. ex. époux ou épouse, partenaire, fils ou fille, représentant légal, etc.)

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Rue, n° \_\_\_\_\_

NPA, localité \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

### 3. Mésothéliome

Existe-t-il une preuve que le mésothéliome diagnostiqué a été contracté à la suite d'une exposition à l'amiante subie en Suisse?

Oui

Non

Traitement initial

---

Nom du médecin

---

et adresse exacte

---

Autres médecins ou  
hôpitaux traitants

---

---

---

---

---

---

---

Ce cas de mésothéliome a-t-il déjà été traité par un autre assureur-accidents obligatoire suisse (assureur LAA)?

Oui

Non

Nom de l'assureur

---

Adresse de l'assureur

---

---

N° d'assuré

---

Si non: par quel autre assureur (p. ex. caisse-maladie) le traitement a-t-il été pris en charge?

Nom

---

et adresse exacte

---

N° d'assuré

---

#### 4. Parcours professionnel, exposition à l'amiante de la personne atteinte

Indiquer chaque activité professionnelle exercée jusqu'à l'apparition du mésothéliome

##### Formation professionnelle

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Métier \_\_\_\_\_

Entreprise formatrice \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Exposition à l'amiante?      Oui      Non

Nature de l'activité avec exposition à l'amiante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

##### Activités professionnelles

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Métier \_\_\_\_\_

Entreprise \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Exposition à l'amiante?      Oui      Non

Nature de l'activité avec exposition à l'amiante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Métier \_\_\_\_\_

Entreprise \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Exposition à l'amiante?      Oui      Non

Nature de l'activité avec exposition à l'amiante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Métier \_\_\_\_\_

Entreprise \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Exposition à l'amiante? Oui Non

Nature de l'activité avec exposition à l'amiante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Métier \_\_\_\_\_

Entreprise \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Exposition à l'amiante? Oui Non

Nature de l'activité avec exposition à l'amiante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Métier \_\_\_\_\_

Entreprise \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Exposition à l'amiante? Oui Non

Nature de l'activité avec exposition à l'amiante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Autres expositions à l'amiante**

Où?

\_\_\_\_\_

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Dans quelles circonstances  
l'exposition à l'amiante  
a-t-elle eu lieu?  
(Description détaillée)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Où?

\_\_\_\_\_

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Dans quelles circonstances  
l'exposition à l'amiante  
a-t-elle eu lieu?  
(Description détaillée)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Où?

\_\_\_\_\_

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Dans quelles circonstances  
l'exposition à l'amiante  
a-t-elle eu lieu?  
(Description détaillée)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 6. Famille et proches

**Epoux ou épouse, partenaire enregistré(e), partenaire ayant formé une communauté de vie ininterrompue avec la personne atteinte pendant les cinq années ayant précédé son décès**

Nom et prénom \_\_\_\_\_

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

Adresse actuelle  
Rue, n° \_\_\_\_\_

NPA, localité \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_

---

### Kinder

Nom et prénom \_\_\_\_\_

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

Adresse actuelle  
Rue, n° \_\_\_\_\_

NPA, localité \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_

---

Nom et prénom \_\_\_\_\_

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

Adresse actuelle  
Rue, n° \_\_\_\_\_

NPA, localité \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_

---

Nom et prénom \_\_\_\_\_

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

Adresse actuelle  
Rue, n° \_\_\_\_\_

NPA, localité \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_

**Annexes**

Détailler chaque pièce jointe à la demande (p. ex. rapports médicaux et hospitaliers).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Pouvoirs et levée de l'obligation de garder le secret**

La personne soussignée autorise la Fondation Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et ses auxiliaires à requérir auprès des médecins traitants, des assureurs-accidents et maladie en Suisse et à l'étranger, de l'aide aux victimes, des assureurs responsabilité civile des tiers ainsi que des assureurs privés de la personne requérante la totalité des pièces nécessaires à l'examen de la demande d'indemnisation et à traiter ces documents ou à les faire traiter par ses auxiliaires. La personne soussignée lève en outre l'obligation de garder le secret à laquelle sont soumis les médecins traitants, les assureurs-accidents et maladie en Suisse et à l'étranger, l'aide aux victimes, les assureurs responsabilité civile des tiers ainsi que les assureurs privés de la personne requérante afin que ces instances puissent communiquer à la Fondation Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et à ses auxiliaires la totalité des renseignements nécessaires à l'examen de la demande d'indemnisation.

Lieu et date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

**Remarque: prière de remplir le formulaire de demande sur ordinateur. Si vous imprimez le formulaire, veuillez écrire bien lisiblement.**

**Veillez envoyer la demande assortie des documents nécessaires à l'adresse suivante:**

Fondation Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante  
Service Center Assistance  
Fluhmattstrasse 1  
Case postale  
6002 Lucerne  
Suisse