

Demande de réouverture d'un dossier accident pour traitement médical

(Avant de remplir le présent formulaire, prière de lire attentivement les informations en annexe) vers.1.4 (code F4)

1. Renseignements concernant le demandeur

1.01 Nom:

1.02 Prénom(s):

1.03 Matricule:

1.04 Adresse:

1.05 Téléphone:

2. Renseignements concernant l'accident ou la maladie professionnelle

2.01 Numéro accident:

2.02 Est-ce que les suites de l'accident nécessitent toujours un traitement médical ?

Oui -> Lequel ?

Médicaments

Rééducation (kinésithérapie, ergothérapie, massages, cure,...)

Intervention chirurgicale

Autre traitement, prière d'indiquer lequel :

Non

2.03 Est-ce que l'accident a laissé des séquelles définitives ?

Oui -> Lesquelles ? _____

Non

3. Renseignements concernant l'activité professionnelle

3.01 Est-ce qu'à ce jour vous exercez une activité professionnelle ?

Oui -> Date de la 1ère reprise du travail _____

Non -> Date de la dernière journée effective de travail _____

4. Renseignements concernant votre médecin traitant

4.01 Médecin traitant:
(Nom et adresse)

4.02 Autre médecin consulté:
(le cas échéant)

5. Signature du demandeur

Je confirme l'exactitude des déclarations ci-dessus et m'engage en outre à fournir tous les changements ultérieurs y relatifs.

5.01 Lieu et Date: _____

5.02 Signature: _____

La demande est à adresser par courrier postal à :
Association d'assurance accident - adresse postale : L-2976 Luxembourg