ASSOCIATION D'ASSURANCE ACCIDENT

Adresse postale: L-2976 Luxembourg | Guichets: 125, route d'Esch
Heures d'ouverture de 08h00 à 16h00
Tél.: 261915-1 | Fax: 495335 | www.aaa.lu

Antrag (*)

☐ **auf Rente als Entschädigung einer vorübergehenden totalen Arbeitsunfähigkeit**
☐ **auf Rente als Entschädigung einer dauerhaften Teilarbeitsunfähigkeit**
☐ **auf Revision einer Dauerrente**

Bitte lesen Sie aufmerksam die Informationen im Anhang bevor Sie das vorliegende Formular ausfüllen.

vers. 1.3 (Code F4)

1. Angaben über den Antragsteller

Name :
Vorname(n) :
Sozialversicherungsnr.:
Adresse:
Telefonnummer :
Kontonummer (IBAN) :
(BIC)(**) :

2. Angaben über den Unfall oder die Berufskrankheit

- Nummer des Unfalls/der Berufskrankheit (z.B. U2002/42356) : *oder gegebenenfalls:* Datum des Unfalls :

(Buchstabe U oder L) (Jahr) (5-stellige Nummer)

Berufskrankheit? ☐ (wenn Ja, bitte hier ankreuzen)

/ /

- Üben Sie zum heutigen Tag eine berufliche Tätigkeit aus ?

☐ Ja - > Geben Sie das Datum der ersten Wiederaufnahme der Arbeit nach dem Unfall an:
/ /

☐ Nein -> Geben Sie das Datum des letzten Arbeitstages an :
/ /

- Beziehen Sie zum heutigen Tag Ihr Gehalt oder Krankengeld ?

☐ Ja ☐ Nein

- Ist zur Zeit eine medizinische Heilbehandlung noch nötig ?

☐ Ja ☐ Nein

- Hat der Unfall bleibende Folgeschäden hinterlassen ?

☐ Ja ☐ Nein

3. Angaben über den behandelnden Arzt / die behandelnden Ärzte

Bitte Name, Vorname und Adresse Ihres behandelnden Arztes /Ihrer behandelnden Ärzte nachfolgend angeben:

4. Unterschrift des Antragstellers

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben und verpflichte mich entsprechende spätere Änderungen mitzuteilen:

, den 20

……..

(Unterschrift)

Der Antrag ist per Post an folgende Adresse zu senden : **Association d'assurance contre les accidents**
L - 2976 Luxembourg

* = für Anträge auf Erlangung einer Hinterbliebenenrente besteht ein gesondertes Formular
** = Bitte Kontoausweis oder blankes Überweisungsformular beifügen!
(vers 1.3)

Drucken