

Antrag auf Entschädigung von Nichtvermögensschäden

(Bitte lesen Sie aufmerksam die Informationen im Anhang bevor Sie das vorliegende Formular ausfüllen) vers. 1.4 (code F8)

1. Angaben über den Antragsteller

1.01 Name:

1.02 Vorname(n) :

1.03 Sozialversicherungsnr.:

1.04 Adresse:

1.05 Telefonnummer:

1.06 Kontonummer (IBAN):

1.07 BIC:

2. Angaben über den Unfall oder die Berufskrankheit

2.01 Nummer des Unfalls:

2.02 Ist zur Zeit eine medizinische
Behandlung noch nötig ?

Ja

Arzneimittel

Rehabilitation (Krankengymnastik, Ergotherapie,
Massagen, Kur ...)

Chirurgischer Eingriff

Andere Behandlung -> bitte die Art angeben

Nein

2.03 Hat der Unfall bleibende
Folgeschäden hinterlassen ?

Ja -> Welche ?

Nein

3. Angaben über den behandelnden Arzt

3.01 Behandelnder Arzt:
(Name und Adresse)

3.02 Anderer aufgesuchter Arzt:
(gegebenenfalls)

4. Unterschrift des Antragstellers

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

4.01 Ort und Datum:

4.02 Unterschrift:

Der Antrag ist per Post an folgende Adresse zu senden :
Association d'assurance accident - Postanschrift : L-2976 Luxembourg