

Demande en obtention d'indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux

(Avant de remplir le présent formulaire, prière de lire attentivement les informations en annexe)

vers. 1.4 (code F8)

1. Renseignements concernant le demandeur

1.01 Nom:

1.02 Prénom(s):

1.03 Matricule:

1.04 Adresse:

1.05 Téléphone:

1.06 Compte bancaire (IBAN):

1.07 Code BIC :

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 le médecin traitant

3.01 Médecin traitant:
(Nom et adresse)

3.02 Autre médecin consulté:
(le cas échéant)

4. Signature du demandeur

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

4.01 Lieu et date:

4.02 Signature:

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