

Antrag auf Leistungen für Hinterbliebene

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

vers.2.0s (code F11)

1. Angaben über den verstorbenen Versicherten

1.01 Name:	<hr/>
1.02 Vorname(n):	<hr/>
1.03 Sozialversicherungsnr.:	<hr/>
1.04 Nummer des Unfalls / der Berufskrankheit:	<hr/>

2. Angaben über den Antragsteller

2.01 Name:	<hr/>
2.02 Vorname(n):	<hr/>
2.03 Sozialversicherungsnr.:	<hr/>
2.04 Adresse:	<hr/>
2.05 Telefonnummer:	<hr/>
2.06 Kontonummer (IBAN):	<hr/>
2.07 BIC:	<hr/>

3. Angaben über die Beziehung mit dem verstorbenen Versicherten

3.01 In welcher Beziehung standen Sie mit dem verstorbenen Versicherten ?	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Kind < 18 Jahre <input type="checkbox"/> Kind >= 18 Jahre (Bitte fügen sie eine Schulbesuchbestätigung einer offiziellen Instanz bei) <input type="checkbox"/> Person, welche mit dem verstorbenen Versicherten in einer Wohngemeinschaft lebte ab dem <input type="text"/> Bitte fügen sie eine Aufenthaltsbescheinigung oder eine Bescheinigung über die Zusammensetzung des Haushaltes einer offiziellen Instanz (Gemeindeverwaltung) bei.
---	---

4. Angaben betreffend die Waisen unter 18 Jahre

4.01 Name u. Vorname(n):	4.02 Sozialversicherungsnr. oder Geburtsdatum:	4.03 Adresse:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Angaben über den Arzt, welcher den Tod festgestellt hat

5.01 Arzt der den Tod festgestellt hat: (Name und Adresse)	<hr/>
---	-------

6. Unterschrift des Antragstellers

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

6.01 Ort und Datum:

6.02 Unterschrift:

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