

## 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:

1.02 Vorname(n):

1.03 Sozialversicherungsnr.:

1.04 Nummer des Unfalls / der Berufskrankheit:

### 2. Angaben über den Antragsteller

2.01 Name:

2.02 Vorname(n):

2.03 Sozialversicherungsnr.:

2.04 Adresse:

2.05 Telefonnummer:

2.06 Kontonummer (IBAN):

2.07 BIC:

### 3. Angaben über die Beziehung mit dem verstorbenen Versicherten

3.01 In welcher Beziehung standen Sie mit dem verstorbenen Versicherten ?

Ehepartner  Partner  Elternteil

Kind < 18 Jahre

Kind >= 18 Jahre

(Bitte fügen sie eine **Schulbesuchbestätigung** einer offiziellen Instanz bei)

Person, welche mit dem verstorbenen Versicherten in einer Wohngemeinschaft lebte ab dem

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:
















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

5.01 Arzt der den Tod festgestellt hat: (Name und Adresse)

### 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**