

Demande en obtention de prestations des survivants

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

vers 2.0s (code F11)

1. Renseignements concernant l'assuré défunt

1.01 Nom:

1.02 Prénom(s):

1.03 Matricule:

1.04 Numéro d'accident / de
maladie professionnelle:

2. Renseignements concernant le demandeur

2.01 Nom:

2.02 Prénom(s):

2.03 Matricule:

2.04 Adresse:

2.05 Téléphone:

2.06 Compte bancaire (IBAN):

2.07 Code BIC:

3. Renseignements concernant la relation avec l'assuré défunt

3.01 Quelle était votre relation
avec l'assuré?

Conjoint Partenaire Parent

Enfant < 18 ans

Enfant >= 18 ans
(Veuillez joindre un **certificat de scolarité** d'une instance officielle)

Personne ayant vécu en communauté domestique avec l'assuré depuis le
Veuillez joindre un **certificat de résidence** ou un **certificat de composition de ménage** d'une instance
officielle (p.ex. commune)

4. Renseignements concernant les orphelins âgés de moins de 18 ans

4.01 Nom et prénom(s):

4.02 Matricule ou
date de naissance:

4.03 Adresse:

5. Renseignements concernant le médecin ayant constaté le décès

5.01 Médecin ayant constaté
le décès:
(Nom et adresse)

6. Signature du demandeur

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

6.01 Lieu et date:

6.02 Signature:

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