

Demande en obtention d'une rente complète

(Avant de remplir le présent formulaire, prière de lire attentivement les informations en annexe) vers. 1.2 (code F5)

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 Non

2.03 Est-ce que l'accident a laissé des séquelles définitives ?

Oui -> Lesquelles ? _____

Non

3. Renseignements concernant l'activité professionnelle et les revenus

3.01 Est-ce qu'à ce jour vous exercez une activité professionnelle?

Oui -> Date de la 1ère reprise du travail après l'accident _____

Non -> Date de la dernière journée effective de travail _____

3.02 Quels sont vos revenus à l'heure actuelle?

Vous êtes sans revenus

Vous continuez à toucher votre salaire

Vous touchez des indemnités pécuniaires de maladie

Vous êtes inscrit comme demandeur d'emploi au Luxembourg (ADEM)

Vous êtes inscrit comme demandeur d'emploi dans un autre pays

-> Veuillez indiquer l'institution à laquelle vous êtes inscrit:

Vous préparez votre future profession (élève, étudiant)

4. Renseignements concernant votre médecin traitant

4.01 Médecin traitant:
(Nom et adresse)

4.02 Autre médecin consulté:
(le cas échéant)

5. Signature du demandeur

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

5.01 Lieu et date:

5.02 Signature:

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