

Antrag auf Neufestsetzung der Entschädigungen von Nichtvermögensschäden

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

code F9
vers.1.4

1. Angaben über den Antragsteller

1.01 Name:

1.02 Vorname(n) :

1.03 Sozialversicherungsnr.:

1.04 Adresse:

1.05 Telefonnummer:

1.06 Kontonummer (IBAN):

1.07 Bank (BIC-Identifizierung):

2. Angaben über den Unfall oder die Berufskrankheit

2.01 Nummer des Unfalls:

2.02 Ist zur Zeit eine medizinische
Behandlung noch nötig ?

Ja -> Welche ? _____

Nein

2.03 Hat sich Ihr
Gesundheitszustand seit der
Festsetzung des
Grades der dauerhaften
Minderung der Erwerbsfähigkeit
durch den medizinischen
Kontrolldienst verschlechtert ?

Ja -> bitte angeben :

Neuer chirurgischer Eingriff, stattgefunden am
Datum : _____

Neuer chirurgischer Eingriff, vorgesehen für den :
Datum : _____

Andere erschwerende Faktoren (bitte angeben) :

Nein

Achtung : bitte fügen Sie alle medizinischen Berichte in Ihrem Besitz bei, die nach der Festsetzung der Entschädigungen für Nichtvermögensschäden erstellt wurden.

3. Angaben über den behandelnden Arzt

3.01 Behandelnder Arzt:
(Name und Adresse)

3.02 Anderer aufgesuchter Arzt:
(gegebenenfalls)

4. Unterschrift des Antragstellers

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

4.01 Ort und Datum:

4.02 Unterschrift:

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