

Demande en révision des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux

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

code F9
vers.1.4

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 Banque (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 -> Lequel ? _____

Non

2.03 Est-ce que depuis la fixation de votre taux d'incapacité partielle permanente par le contrôle médical votre état de santé s'est aggravé ?

Oui -> prière de préciser : Nouvelle intervention chirurgicale ayant eu lieu le :
date : _____

Nouvelle intervention chirurgicale prévue pour le :
date : _____

Autres facteurs aggravants (prière de préciser):

Non

Attention : prière de joindre à la présente tous les rapports médicaux en votre possession et ayant été établis après la fixation des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux.

3. Renseignements concernant votre médecin traitant

3.01 Médecin traitant :
(Nom et adresse)

3.02 Autre médecin consulté :
(le cas échéant)

4. Signature du demandeur

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

4.01 Lieu et Date : _____

4.02 Signature : _____

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