

Antrag auf Leistungen für Hinterbliebene (*)

- für den hinterbliebenen Ehepartner / Partner (**)
 für den geschiedenen Ehepartner oder den ehemaligen Partner (**)
 zwecks Erlangen der Abfindung der Rente des Ehepartners oder Partners
 zwecks Erhöhung des Betrags der Rente des Ehepartners oder des Partners (Artikel 102, 3 CAS)
 für die Waise / die Waisen
 für den hinterbliebenen Verwandten
 zwecks Erlangen von Sterbegeld

Bevor Sie das vorliegende Formular ausfüllen, bitte lesen Sie aufmerksam die Informationen im Anhang.

1. Angaben über den verstorbenen Versicherten

Nummer des Unfalls/der Berufskrankheit (ZB.. U2002/42356) : oder gegebenenfalls Datum des Unfalls : Name : Vornamen: Sozialversicherungsnr : Letzte Adresse:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%; text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: right;">Berufskrankheit ?</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">(Buchstabe U oder L)</td> <td style="text-align: center;">(Jahr)</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">(n5-stellige Nummer)</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">(wenn Ja, bitte hier ankreuzen)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		Berufskrankheit ?	<input type="checkbox"/>		(Buchstabe U oder L)	(Jahr)	(n5-stellige Nummer)					(wenn Ja, bitte hier ankreuzen)			/	/									<input type="text"/>													
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		Berufskrankheit ?	<input type="checkbox"/>																																
	(Buchstabe U oder L)	(Jahr)	(n5-stellige Nummer)					(wenn Ja, bitte hier ankreuzen)																																	
	/	/																																							
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																			

2. Auskünfte über den Arzt , der den Tod festgestellt hat oder über den behandelnden Arzt:

Bitte Name, Vorname und Adresse des Arztes, der den Tod festgestellt hat oder des behandelnden Arztes nachfolgend angeben:

3. Angaben über den Antragsteller

Name : Vornamen: Sozialversicherungsnr.: Adresse: Telefonnummer: Kontonummer (IBAN): (BIC)(***): (Verwandschafts)verhältnis mit dem (der) verstorbenen Versicherten: Datum und Ort der Eheschließung /der Partnerschaftserklärung mit dem verstorbenen Versicherten Ist diese Ehe / Partnerschaft durch die Scheidung / das Ende der Partnerschaft aufgelöst worden? Wenn ja, wann ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;"><input type="text"/></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="9" style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> geschiedener Ehepartner <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> volljährige Waise <input type="checkbox"/> anderes (Verwandschafts)verhältnis -> bitte angeben : </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="width: 45%;">Datum :</td> <td style="width: 55%;">Ort</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="9" style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein </td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="9">Datum :</td> </tr> </table>	<input type="text"/>					<input type="text"/>					<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> geschiedener Ehepartner <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> volljährige Waise <input type="checkbox"/> anderes (Verwandschafts)verhältnis -> bitte angeben :										Datum :	Ort									<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein										Datum :																											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																														
	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> geschiedener Ehepartner <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> volljährige Waise <input type="checkbox"/> anderes (Verwandschafts)verhältnis -> bitte angeben :																																																																						
	Datum :	Ort																																																																					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																						
	Datum :																																																																						
Waren Sie mehrmals verheiratet, in Partnerschaft lebend ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (wenn ja, bitte amtliche Papiere beifügen : Eheurkunde, Scheidungsurkunde,																																																																						

Haben Sie mit dem (der) Verstorbenen in häuslicher Gemeinschaft gelebt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
War Ihr Lebensunterhalt zu Lasten des (der) Verstorbenen ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Sind Sie berufstätig ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja : wo üben Sie Ihre Berufstätigkeit aus :	<input type="checkbox"/> in Luxemburg <input type="checkbox"/> im Ausland -> bitte Land angeben :
Sind Sie für die durch das Begräbnis verursachten Kosten aufgekommen ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein -> Name und Anschrift der Person, die diese Kosten übernommen hat:

3a. Im Falle eines Antrags zwecks Leistungserhöhung im Bezug auf die Rente des Ehepartners oder des Partners

Bitte Name, Vorname und Adresse von Ihrem behandelnden Arzt nachfolgend angeben:

4. Angaben über die Waise(n)

Name und Vorname der Waise	Sozialversicherungsnummer oder Geburtsdatum	Geburtsort	Anmerkungen (1)

(1) bitte angeben ob die Waise verheiratet , behindert, verstorben (Datum des Todes), Lehrling, Schüler oder Student ist, oder ob sie einen Beruf ausübt.

4. Unterschrift des Antragstellers

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben und verpflichte mich entsprechende spätere Änderungen mitzuteilen:
, den . 20
.....
(Unterschrift)

Bitte folgende Unterlagen beilegen:

- 1) Ein Auszug der Sterbeurkunde des (der) Versicherten.
 - 2) Ein Auszug der Heiratsurkunde, ausgestellt nach dem Tode des (der) Versicherten.
 - 3) Eine Studienbescheinigung oder Kopie des Lehrvertrags für jedes Kind zwischen 18 und 27 Jahren.
 - 4) Eine Abschrift der Vormundschaftsurkunde für minderjährige Vollwaisen.
- Gemäß Art. 398 des Sozialgesetzbuchs werden die beizufügenden Unterlagen kostenlos ausgestellt.**
- Der Antrag ist per Post zu senden an folgende Adresse : **Association d'assurance accident L - 2976 Luxembourg**

* = für die Anträge zwecks Erlangen einer persönlichen Rente benutzen Sie bitte das betreffende Formular
** = Gemäß Artikel 2 des Gesetzes vom 9. Juli 2004 über die rechtlichen Auswirkungen bestimmter Partnerschaften