

Adresse postale: L-2976 Luxembourg | Guichets: 4, rue Mercier

Heures d'ouverture de 08h00 à 16h00 Tél.: 261915-1 | Fax: 495335 | www.aaa.lu

Antrag (*) auf Rente als Entschädigung einer vorübergehenden totalen Arbeitsunfähigkeit auf Rente als Entschädigung einer dauerhaften Teilarbeitsunfähigkeit auf Revision einer Dauerrente Bitte lesen Sie aufmerksam die Informationen im Anhang bevor Sie das vorliegende Formular ausfüllen.	
(code F4) 1. Angaben über den Antragsteller	
	117 diguson don 7 did agotono.
Name : Vorname(n) : Sozialversicherungsnr.:	
Adresse:	
Telefonnummer : Kontonummer (IBAN) : (BIC)(**) :	
2. Angaben über den Unfall oder die Berufskrankheit	
 Nummer des Unfalls/der Berufskrankheit (z.B. U2002/42356): oder gegebenenfalls: Datum des Unfalls: Üben Sie zum heutigen	Berufskrankheit? (Buchstabe U oder L) (Jahr) (5-stellige Nummer) (wenn Ja, bitte hier ankreuzen) / / Ja -> Geben Sie das Datum der ersten Wiederaufnahme der Arbeit nach dem Unfall an: / / Nein -> Geben Sie das Datum des letzten Arbeitstages an: / / Ja Nein • Hat der Unfall bleibende Folgeschäden hinterlassen?
3. Angaben über den behandelnden Arzt / die behandelnden Ärzte	
Bitte Name, Vorname und Adresse Ihres behandelnden Arztes /Ihrer behandelnden Ärzte nachfolgend angeben:	
4. Unterschrift des Antragstellers	
Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben und verpflichte mich entsprechende spätere Änderungen mitzuteilen: , den 20	
	(Unterschrift)
Der Antrag ist per Post an folgende Adresse zu senden : Association d'assurance accident L - 2976 Luxembourg	

^{* =} für Anträge auf Erlangung einer Hinterbliebenenrente besteht ein gesondertes Formular
** = Bitte Kontoausweis oder blankes Überweisungsformular beifügen!