

Demande pour indemnisation de couronnes dentaires, prothèses, orthèses ou épithèses

vers 1.4 (code F.3.3)

1. Renseignements concernant le demandeur

1.01 Nom:																	
1.02 Prénom(s):																	
1.03 Matricule:	<table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																
1.04 Adresse:																	
1.05 Téléphone:																	
1.06 Compte bancaire (IBAN)																	
1.07 Code BIC:																	

2. Renseignements concernant l'accident

2.01 Numéro accident: <i>ou à défaut</i>	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">(année) (n° à 5 positions)</p>										
2.02 Date de l'accident:	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
2.03 Est-ce que l'accident a produit des lésions?	<input type="checkbox"/> Oui -> Lesquelles ? : <input type="checkbox"/> Non										

3. Renseignements concernant la prothèse, orthèse ou épithèse

3.01 De quel type de prothèse s'agit-il ?	<input type="checkbox"/> couronne dentaire <input type="checkbox"/> prothèse <input type="checkbox"/> orthèse <input type="checkbox"/> épithèse
Veuillez joindre un mémoire d'honoraires du fournisseur.	

4. Signature du demandeur

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

, le 20

.....
(signature)

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