

## 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:

(Buchstabe (Jahr) (n5-stellige Nummer)  
 U oder L / /

Berufskrankheit ?

☐

( wenn Ja, bitte hier ankreuzen )

### 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 Ehe-  
schließung /der  
Partnerschaftserklärung mit dem  
verstorbenen Versicherten  
Ist diese Ehe / Partnerschaft  
durch die Scheidung / das Ende  
der Partnerschaft aufgelöst  
worden?

Wenn ja, wann ?

Waren Sie mehrmals  
verheiratet, in Partnerschaft  
lebend ?

- ☐ Ehepartner ☐ geschiedener Ehepartner ☐ Partner ☐ volljährige Waise  
☐ anderes (Verwandschafts)verhältnis -> bitte angeben :

Datum :

Ort

☐ Ja ☐ Nein

Datum :

☐ Ja ☐ 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<br><input type="checkbox"/> im Ausland -> bitte Land angeben :                            |
| Sind Sie für die durch das Begräbnis verursachten Kosten aufgekommen ?   | <input type="checkbox"/> Ja<br><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