

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

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 Tag eine berufliche Tätigkeit aus ? - Beziehen Sie zum heutigen Tag Ihr Gehalt oder Krankengeld ? - Ist zur Zeit eine medizinische Heilbehandlung noch nötig ?	☐ (Buchstabe U oder L) (Jahr) (5-stellige Nummer) Berufskrankheit? ☐ (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 ☐ Ja ☐ Nein • Hat der Unfall bleibende Folgeschäden hinterlassen ? ☐ Ja ☐ Nein
--	--

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!