



Foyer Assurances
12, rue Léon Laval
L-3372 Leudelange
Adresse postale: L-2986 Luxembourg

Branche: Accidents

Abteilung: Unfallversicherung

Agence: 4145
Agentur:

Déclaration d'Accident

Police No: 635.012
Police Nr.

Unfall-Anzeige

Sinistre No: _____
Schaden Nr.

Compte bancaire du bénéficiaire : _____ Banque : _____
Bankkonto des Bezugsberechtigten: _____ Bank:

Preneur d'assurance : MBR LËTZEBUERG Domicile : COLMAR-BERG
Versicherungsnehmer: _____ Wohnort: _____
Assuré : _____ Profession : _____ Date de naissance : _____
Versicherte(r): _____ Beruf: _____ Geburtsdatum: _____
Domicile : _____ Rue et No : _____
Wohnort: _____ Straße und Nr.: _____

Questions à l'assuré Fragen an den Versicherten	Réponses : Antworten:
1. Jour et heure de l'accident : _____ Tag und Stunde des Unfalls:	1. Le _____ à _____ heures Am um Uhr
2. Lieu de l'accident : _____ Ort des Unfalls:	2. _____
3. Au cours de quelle occupation ou à quelle occasion l'accident s'est-il produit ? Bei welcher Beschäftigung oder Gelegenheit hat sich der Unfall ereignet?	3. _____
4. Description exacte de l'accident : _____ Genauere Beschreibung des Unfalls:	_____
5. Nom et adresse des témoins oculaires : Name und Adresse der Augenzeugen:	5. _____
6. Nom et adresse du médecin traitant : Name und Adresse des behandelnden Arztes:	6. _____
7. Le blessé est-il encore assuré contre les accidents auprès d'une autre Compagnie ? Laquelle ? Pour quelles sommes ? Ist der Verletzte noch bei einer anderen Gesellschaft gegen Unfälle versichert? Bei welcher? Für welche Summen?	7. _____

_____ le _____ 20____
den

Signature du preneur d'assurance ou de l'assuré :
Unterschrift des Versicherungsnehmers oder des Versicherten:

A remplir par le médecin traitant
Vom behandelnden Arzt auszufüllen

1. **Quand le blessé est-il entré en traitement chez vous ?**
Wann kam der Verletzte in Ihre Behandlung?
2. **a) Déclarations subjectives :**
Subjektive Angaben:
De quelles douleurs et de quels troubles fonctionnels le blessé se plaint-il ?
Über welche Schmerzen und Funktionsstörungen beklagt sich der Verletzte?

b) Constatations objectives lors du premier examen ?
Objektive Feststellungen bei der ersten Untersuchung ?

c) Diagnostic ?
Diagnose ?
3. **a) Avez-vous constaté, outre les suites de l'accident, d'autres maladies ou infirmités ?**
Haben Sie außer den Unfallfolgen andere Krankheiten oder Gebrechen festgestellt?

b) Si oui, ont-elles provoqué ou favorisé la survenance de l'accident, ou ont-elles influencé défavorablement la guérison ?
Wenn ja, ist der Unfall dadurch veranlasst oder begünstigt worden, oder Wird der Heilungsverlauf dadurch beeinträchtigt?
4. **a) Y a-t-il danger de mort ?**
Besteht Todesgefahr?
b) Faut-il prévoir une invalidité permanente ?
Ist eine bleibende Invalidität zu erwarten?
5. **Quelle est la durée probable du traitement ?**
Welches ist die mutmaßliche Heilungsdauer?
6. **a) Le blessé doit-il être hospitalisé ?**
Muss der Verletzte hospitalisiert werden?
b) Le blessé doit-il garder le lit ou la chambre ?
Muss der Verletzte das Bett oder das Zimmer hüten?
c) Ou, s'il peut quitter la chambre, est-il COMPLETEMENT ou seulement PARTIELLEMENT incapable de travailler ?
Oder, wenn er das Zimmer verlassen kann, ist er vollständig oder nur teilweise arbeitsunfähig?
(Indiquer l'incapacité de travail en %)
(Die Arbeitsunfähigkeit in % angeben)
7. **Avez-vous traité le blessé déjà antérieurement ?**
Haben Sie den Verletzten schon früher behandelt?
Quand et pourquoi ?
Wann und wofür?

1. _____
2. a) _____

- . b) _____

- . c) _____

3. a) _____

- b) _____

4. a) _____
- b) _____
5. _____
6. a) du _____ au _____
vom _____ zum _____
- b) du _____ au _____
vom _____ zum _____
- c) à _____ % du _____ au _____
zu _____ vom _____ zum _____
à _____ % du _____ au _____
zu _____ vom _____ zum _____
7. _____

_____, le _____ 20_____

Signature et adresse du médecin traitant :
Unterschrift und Adresse des behandelnden Arztes:
