



**LA LUXEMBOURGEOISE**  
 Société Anonyme d'Assurances  
 L-1118 Luxembourg ■ 10, rue Aldringen  
 R.C. Luxembourg B 31035

|  |  |
|--|--|
| <b>DECLARATION D'ACCIDENT D'AUTOMOBILE</b><br><b>RESPONSABILITÉ CIVILE</b><br><b>DOMMAGES SUBIS PAR LE VÉHICULE</b><br><b>PROTECTION JURIDIQUE</b> | <b>SCHADEN-ANZEIGE FÜR KRAFTFAHRZEUGE</b><br><b>HAFTPFLICHT</b><br><b>KASKO</b><br><b>RECHTSSCHUTZ</b> |
|--|--|

AGENCE / AGENTUR

NOM / NAME

POLICE NO

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

.....

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

**PRENEUR D'ASSURANCE / VERSICHERUNGSNEHMER**

Nom et Prénom du preneur d'assurance / Name und Vorname des Versicherungsnehmers

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Nom et Prénom de l'assuré / Name und Vorname des Versicherten

Date de naissance / Geburtsdatum

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Localité / Wohnort

Code postal / Postleitzahl

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Rue et numéro / Strasse und Hausnummer

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Sexe

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Profession / Beruf

Banque / Bank

N° de compte / Konto Nr

M / M

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Téléphone / Telefon

Fax

GSM

Privé / Privat

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Professionnel / Beruflich

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

**DESCRIPTION DE L'ACCIDENT / UNFALLHERGANG**

**1. Date, heure et lieu de l'accident**  
 Tag, Zeit und Ort des Unfalles

Le ..... à ..... heures (matin / après-midi)  
 Am ..... um ..... Uhr (vor / nachmittags)  
 à / zu .....

**2. Véhicule assuré**  
 Versichertes Fahrzeug

Genre ..... Marque .....  
 Art ..... Marke .....

Numéro d'immatriculation .....  
 Amtliches Kennzeichen

Combien de personnes se trouvaient dans la voiture? .....  
 Wieviele Personen befanden sich im Fahrzeug?

Conducteur  
 Fahrer

Nom et prénom .....  
 Name und Vorname

Adresse / Anschrift .....  
 .....  
 .....

Date de naissance ..... Etat civil .....  
 Geburtsdatum ..... Zivilstand

Numéro du permis de conduire .....  
 Führerscheinsnummer

Catégories .....  
 Fahrzeugklassen

Date de la première délivrance .....  
 Datum der Erstaussstellung



|   |  |   |
|---|--|---|
| <p><b>6. Dégâts corporels</b><br/>Personenschäden</p> <p>a) Nom et prénom de la personne blessée<br/>Name und Vorname der verletzten Person</p> <p>b) Adresse / Anschrift</p> <p>c) Age (date de naissance)<br/>Alter (Geburtsdatum)</p> <p>d) Etat civil / Zivilstand</p> <p>e) Profession / Beruf</p> <p>f) Employeur / Arbeitgeber</p> <p>g) Clinique / Hôpital<br/>Klinik / Hospital</p> <p>h) Nom du médecin traitant<br/>Name des behandelnden Arztes</p> <p>i) Nature des blessures<br/>Art der Verletzung</p> <p>j) S'agit-il d'un accident de travail ou de trajet?<br/>Handelt es sich um einen Arbeits- oder Wegeunfall?</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>   | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p><b>7. Le conducteur et / ou les occupants de votre véhicule ont-ils conclu d'autres contrats d'assurances auprès de notre Compagnie?</b><br/>Bestehen sonstige Versicherungen für den Lenker und / oder für die Insassen Ihres Fahrzeuges bei unserer Gesellschaft?</p>  | <p>Assurance Accidents: Numéro de contrat .....</p> <p>Unfall - Versicherungsnummer</p> <p>Assurance Maladies: Numéro de contrat .....</p> <p>Kranken - Versicherungsnummer</p> <p>Assurance Protection Juridique: Numéro de contrat .....</p> <p>Rechtsschutz - Versicherungsnummer</p> |   |
| <p><b>8. Procès-verbal</b><br/>Protokoll</p>  | <p>dressé <input type="checkbox"/> oui / ja<br/>errichtet <input type="checkbox"/> non / nein</p> <p>Numéro de procès-verbal .....</p> <p>Protokollnummer</p> <p>Organe verbalisant? .....</p> <p>Durch wen?</p>   |   |
| <p><b>9. Témoins</b><br/>Zeugen</p>   | <p>Nom, prénom et adresse / Name, Vorname und Anschrift</p> <p>1) .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>2) .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>  |   |

