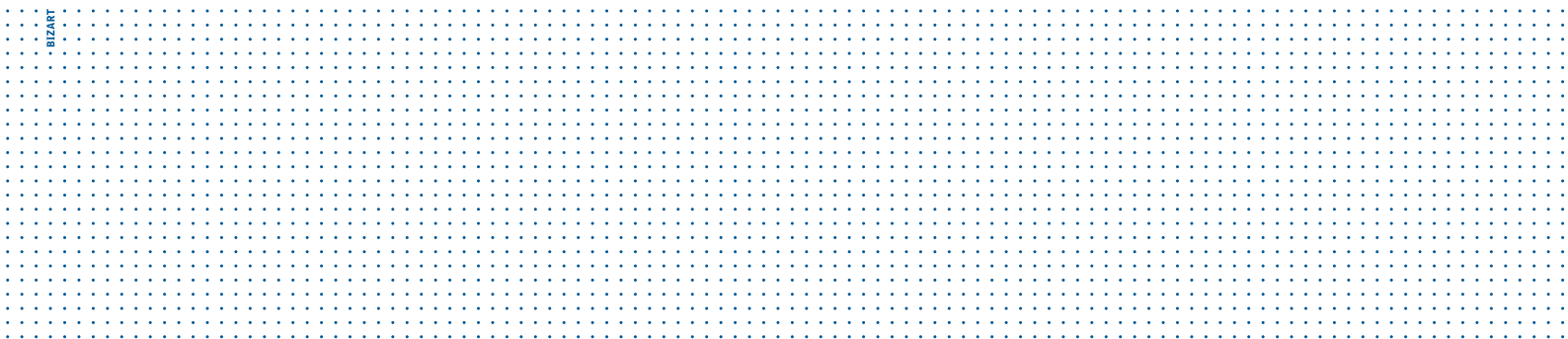


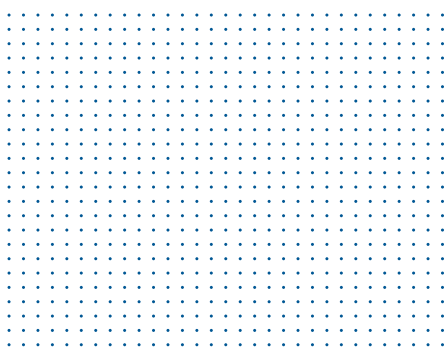
L'ASSURANCE ACCIDENT

Guide de l'assuré



ASSOCIATION
D'ASSURANCE ACCIDENT

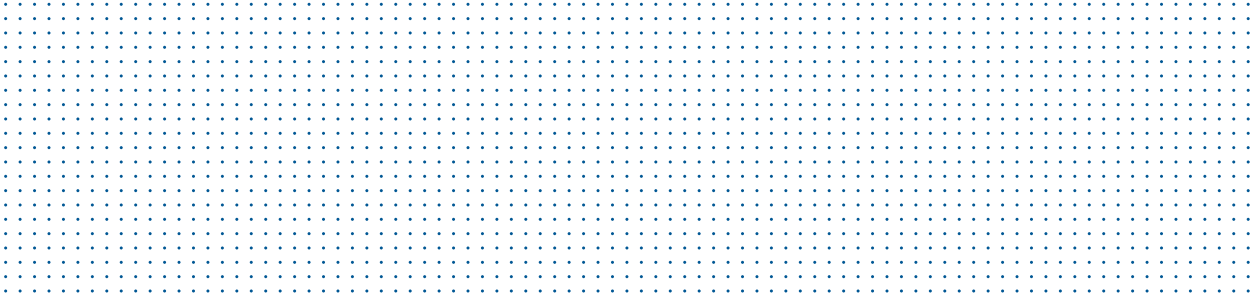




Association d'Assurance Accident	4
Assurés	6
Salariés	7
Indépendants	7
Professions agricoles	8
Activités extraprofessionnelles	8
Accidents	10
Accident du travail	11
Accident de trajet	11
Déclaration d'un accident	12
Maladies professionnelles	17
Définition	18
Tableau	18
Déclaration	18
Prestations	21
Prestations de soins de santé	22
Dégât matériel	22
Prestations en espèces pendant les 52 premières semaines	27
Rentes	27
Rente complète	28
Rente partielle	30
Rente d'attente	32
Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux	34
Indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément	36
Indemnité réparant les douleurs physiques endurées	38
Indemnité pour préjudice esthétique	38
Limitation des prestations	39
Prestations dépendance	41
Prestations des survivants	41
Cotisations	44
Assurance obligatoire	45
Assurance agricole volontaire	46
Régimes spéciaux extraprofessionnels	46
Comment nous joindre ?	47

A high-angle, close-up photograph of three business professionals in a meeting. They are gathered around a table, looking down at several documents. One woman in the foreground is pointing at a document. The scene is brightly lit, and the focus is on the hands and documents. A decorative dotted pattern is overlaid on the left side of the image.

ASSOCIATION D'ASSURANCE ACCIDENT



L'Association d'Assurance Accident (AAA) est un établissement public chargé de la prévention et de l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Créée par le législateur en 1901, elle est placée sous la tutelle du Ministre de la Sécurité sociale et est gérée par un comité directeur.

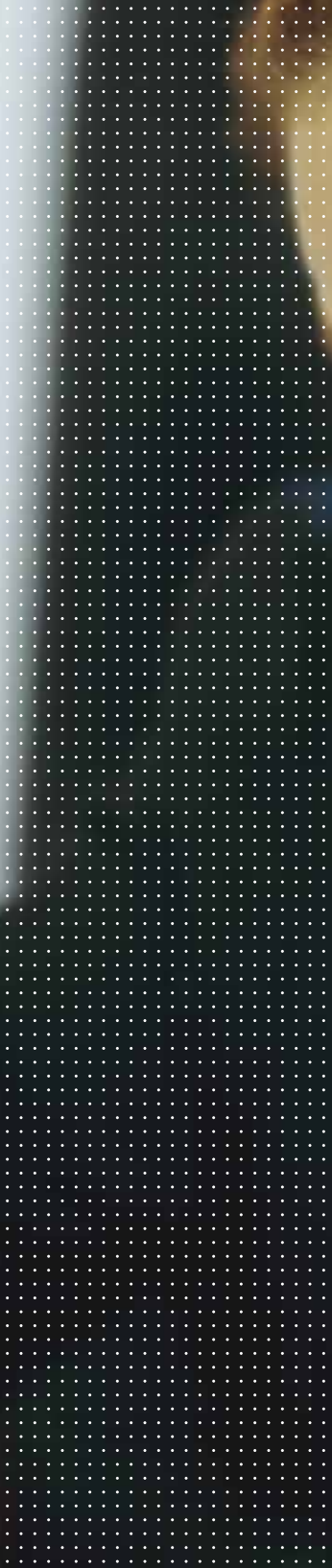
Les services administratifs de l'AAA les plus importants assurant les relations avec les employeurs et les assurés sont :

- **le service de prévention des accidents,**
- **le service des prestations.**

Les décisions individuelles prises par l'AAA à l'égard des assurés et des employeurs sont susceptibles dans le délai de 40 jours à partir de la notification d'une opposition à vider par le comité directeur. La décision de celui-ci peut à son tour et dans le même délai faire l'objet d'un recours auprès du Conseil arbitral de la sécurité sociale dont le jugement est susceptible d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale. Les avis de l'Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle lient l'AAA.

Les informations sommaires de cette brochure sur les différents aspects de l'assurance accident tendent uniquement à faciliter une première approche de la matière. En aucun cas, elles ne peuvent être utilisées dans le cadre d'un éventuel litige qui doit toujours être tranché sur base des dispositions légales et réglementaires en vigueur.

ASSURÉS



SALARIÉS

Sont assurés obligatoirement contre les accidents du travail et les maladies professionnelles l'ensemble des salariés, c. à d. les personnes qui exercent contre rémunération une activité professionnelle pour le compte d'autrui au Grand-Duché de Luxembourg.

Y sont formellement assimilés :

- les apprentis,
- les élèves et étudiants occupés pendant leurs vacances scolaires au service d'un employeur du secteur privé ou du secteur public,
- les gens de mer occupés sur un navire battant pavillon luxembourgeois et remplissant certaines conditions de nationalité ou de résidence,
- les membres d'associations religieuses exerçant une activité d'utilité générale,
- les coopérants dans les pays en développement, les personnes participant aux opérations pour le maintien de la paix ainsi que les observateurs aux missions officielles d'observation aux élections à l'étranger et ceux qui assistent à l'exécution d'une mesure d'éloignement dans le cadre de la législation sur la libre circulation des personnes et l'immigration,
- les volontaires de l'armée,
- les jeunes qui exercent un service volontaire,
- les travailleurs handicapés occupés dans les ateliers protégés,
- les sportifs qui participent à des activités d'élite,
- les stagiaires.

L'assurance accident opère quelle que soit l'envergure de l'occupation. Les occupations insignifiantes ou occasionnelles, exclues de l'assurance maladie et de l'assurance pension, rentrent donc obligatoirement dans le champ d'application de l'assurance accident.

L'assurance accident couvre également toute occupation moyennant rémunération au service d'un tiers qui n'est pas établi légalement à son propre compte, fut-il un simple particulier. Il va sans dire que des occupations de cette nature peuvent faire l'objet des sanctions pénales prévues en matière de travail clandestin ainsi que d'une amende d'ordre lorsqu'elles sont déclarées tardivement au Centre commun de la sécurité sociale. Si un accident de travail se produit avant ladite déclaration, l'Association d'assurance accident peut demander au tiers ayant occupé l'accidenté le remboursement d'au plus la moitié des prestations versées suite à cet accident dans la limite d'un plafond de 30.000 euros.

Les assurés qui travaillent normalement au Grand-Duché de Luxembourg et qui sont détachés temporairement à l'étranger par leur employeur restent couverts par l'assurance accident luxembourgeoise. La durée de ce détachement se limite à une période ne pouvant en général pas dépasser deux années.

L'assurance accident couvre non seulement les salariés du secteur privé, mais aussi ceux du secteur public y compris les fonctionnaires et employés de l'État, des communes et des établissements publics.

INDÉPENDANTS

Sont assurées obligatoirement contre les accidents du travail et les maladies professionnelles les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg pour leur propre compte une activité professionnelle artisanale, commerciale ou libérale (médecins, avocats, notaires, architectes, ingénieurs conseil, etc.). Il en est de même de leur conjoint ou partenaire qui leur prête des services nécessaires dans une mesure telle que ces services peuvent être considérés comme activité principale.

A condition de détenir l'autorisation d'établissement délivrée par le Ministère des Classes moyennes, relèvent également de l'assurance accident obligatoire en qualité d'indépendants :

- les associés de certaines sociétés (sociétés à responsabilité limitée, sociétés en nom collectif etc.) qui détiennent plus de 25 % des parts sociales,
- les administrateurs ou mandataires d'autres sociétés (p. ex. sociétés anonymes) délégués à la gestion journalière.

PROFESSIONS AGRICOLES

Sont assurés obligatoirement :

- les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg pour leur propre compte une activité professionnelle agricole, viticole ou horticole,
- leur conjoint ou partenaire ainsi que les parents et alliés en ligne directe âgés de plus de 18 ans et exerçant l'activité professionnelle dans l'exploitation à titre principal.

Sans qu'une déclaration auprès du Centre commun de la sécurité sociale soit nécessaire, l'assurance accident indemnise les accidents survenus dans l'exploitation aux parents et alliés en ligne directe de l'assuré principal âgés de plus de 12 ans ainsi qu'aux aidants occasionnels (c.-à-d. les personnes occupées dans l'exploitation, soit accessoirement à une activité professionnelle principale et sans rémunération ou contre une rémunération ne dépassant pas un tiers du salaire social minimum, soit occasionnellement pendant une durée déterminée à l'avance qui ne doit pas dépasser 3 mois par année de calendrier). En revanche, les salariés occupés dans l'exploitation sans pouvoir être considérés comme aidants occasionnels sont à déclarer auprès du Centre commun de la sécurité sociale.

Les agriculteurs, viticulteurs, éleveurs, arboriculteurs, horticulteurs, pépiniéristes, jardiniers, maraîchers et sylviculteurs, exerçant cette activité sur une surface dépassant un seuil déterminé sans tomber sous l'obligation d'assurance, peuvent s'assurer volontairement en présentant une demande auprès du Centre commun de la sécurité sociale. L'assurance n'opère que pour les accidents et maladies professionnels postérieurs à la réception de cette demande.

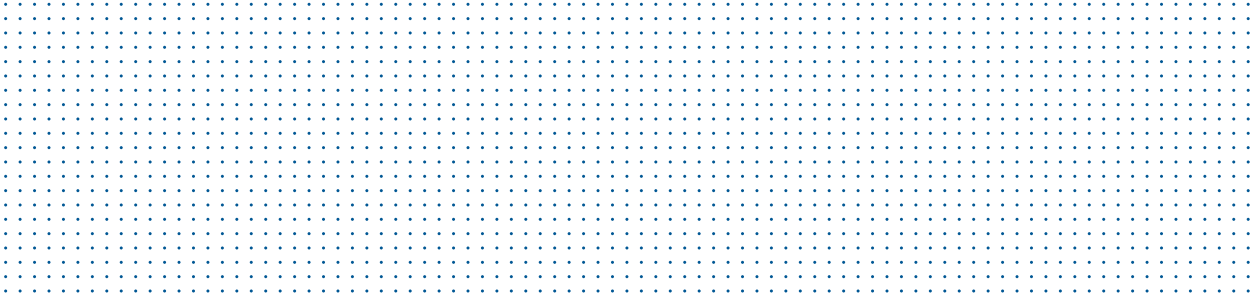
L'assurance obligatoire et volontaire s'étend aux activités accessoires en dépendance économique avec l'exploitation agricole, telles que :

- l'exploitation des propriétés forestières,
- l'élaboration et la mise en œuvre des produits de l'exploitation,
- la satisfaction des besoins de l'exploitation,
- l'extraction ou la mise en œuvre de produits de terre,
- les travaux exécutés au profit de tiers,
- les réparations courantes des constructions servant à l'exploitation ainsi que les travaux exécutés dans l'intérêt de la culture du sol ou les autres travaux se rattachant à l'exploitation,
- les formations continues et les stages reconnus.

ACTIVITÉS EXTRAPROFESSIONNELLES

L'Association d'assurance accident gère pour compte de l'Etat les régimes spéciaux couvrant les personnes suivantes :

- les écoliers, élèves et étudiants, y compris dans le cadre de leurs activités périscolaires,
- les membres des jurys des examens d'apprentissage et de maîtrise,
- les délégués des différentes branches professionnelles qui ne sont pas assurés à un autre titre et



qui participent aux séances des chambres professionnelles, des organes des institutions de sécurité sociale, du Conseil arbitral de la sécurité sociale, du Conseil supérieur de la sécurité sociale, du Tribunal du travail, du Conseil économique et social, du Comité de coordination tripartite, de l'Office national de conciliation ou participant à des réunions de toute autre instance du dialogue social,

- les personnes participant bénévolement à des actions de secours et de sauvetage, ainsi que celles qui participent bénévolement à des exercices théoriques et pratiques dans le cadre d'une association ou d'un corps poursuivant des actions de secours ou de sauvetage, ainsi qu'à l'action de secours et de sauvetage apportée spontanément par un particulier à la personne ou aux biens d'un tiers exposé à un péril imminent sur le territoire du Grand-Duché,
- les personnes bénéficiant d'une mesure de mise au travail conformément à la législation sur le revenu minimum garanti,
- les détenus occupés pour le compte de l'administration pénitentiaire et les personnes faisant l'objet de certaines mesures ordonnées par le code pénal ou le code d'instruction criminelle,
- les demandeurs d'emploi bénéficiant de mesures d'insertion professionnelle conformément à la législation sur le fonds pour l'emploi et le chômage,
- les bénéficiaires de l'indemnité de chômage complet se présentant auprès de l'Administration de l'emploi, à un entretien d'embauche ou à une mesure active en faveur de l'emploi,
- les personnes dans l'exercice d'un mandat public,
- les personnes occupées auprès d'une représentation diplomatique, économique ou touristique luxembourgeoise à l'étranger, pour autant que ces personnes ne sont pas soumises à un autre titre à un régime d'assurance accident,
- les personnes exerçant à titre bénévole une activité dans les domaines social, socio-éducatif, médico-social ou thérapeutique au profit d'un organisme agréé par l'Etat,

- les personnes handicapées inscrites dans un service de formation agréé par l'Etat,
- dans le cadre des examens par le contrôle médical de la sécurité sociale ou la cellule d'évaluation et d'orientation, l'assuré ou la personne dépendante ainsi que la tierce personne qui l'accompagne en raison de son état de santé.

ACCIDENTS



ACCIDENT DU TRAVAIL

La loi définit l'accident professionnel comme celui qui est survenu à un assuré par le fait du travail ou à l'occasion de son travail.

Cette définition très succincte a été complétée par la jurisprudence luxembourgeoise qui a précisé les éléments constitutifs de l'accident du travail en reprenant une définition de la Cour de cassation française selon laquelle l'accident du travail est caractérisé par l'action soudaine d'une cause extérieure provoquant au cours du travail une lésion de l'organisme humain.

Le critère de la soudaineté permet de fixer avec précision l'événement accidentel dans le temps et de distinguer l'accident de la maladie, événement progressif à évolution lente.

La condition de l'extériorité exige l'existence d'un élément extérieur au corps humain qui intervient directement ou indirectement. Il peut s'agir soit d'une force au sens propre du terme, soit d'une caractéristique de l'environnement du travailleur agissant sur celui-ci comme par exemple des conditions de travail anormalement pénibles exigeant des efforts particulièrement soutenus.

En ce qui concerne l'exigence d'un lien entre l'accident et le travail, la jurisprudence a établi la présomption suivante reprise aussi de celle de la Cour de cassation française: La brusque apparition au temps et lieu de travail d'une lésion physique constitue un accident du travail, à moins que l'AAA ne rapporte la preuve que l'atteinte est due à une cause étrangère à l'activité professionnelle assurée. La charge de la preuve des conditions de temps et de lieu incombe à l'assuré.

ACCIDENT DE TRAJET

La loi qualifie d'accident de trajet celui survenu sur le trajet d'aller et de retour:

- entre la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où l'assuré se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu du travail,
- entre le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où l'assuré prend habituellement ses repas.

Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier ou pour déposer ou reprendre l'enfant qui vit en communauté domestique avec l'assuré, auprès d'une tierce personne à laquelle il est obligé de le confier afin de pouvoir s'adonner à son occupation.

N'est pas pris en charge l'accident de trajet:

- que l'assuré a causé ou auquel il a contribué par sa faute lourde,
ou
- si le trajet a été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendante de l'activité assurée.



DÉCLARATION D'UN ACCIDENT

Sauf en cas de de circonstances exceptionnelles dûment motivées, tout assuré, victime d'un accident du travail ou de trajet, doit en aviser immédiatement son employeur.

L'employeur doit déclarer tout accident du travail à l'AAA en lui fournissant toutes les indications demandées sur le formulaire prescrit.

Si un écolier, élève ou étudiant subit un accident dans le cadre d'un établissement d'enseignement, la déclaration incombe au bourgmestre ou au responsable de l'établissement. L'accident survenu dans le contexte d'une activité périscolaire, périscolaire ou périuniversitaire est à déclarer par le représentant de l'organisme luxembourgeois ayant organisé cette activité.

Le formulaire de déclaration d'accident du travail ou de trajet ainsi que le formulaire de déclaration d'accident survenu dans le cadre de l'enseignement scolaire ou lors d'une activité périscolaire sont téléchargeables à partir du site Internet de l'AAA: www.aaa.lu (spécimens: voir pages 13 à 16).

Sur réclamation écrite de la personne affirmant avoir été victime d'un accident dans le délai d'un an, l'AAA demande la prise de position de la personne à laquelle incombe la déclaration avant de prendre une décision.

Le refus de considérer comme accident du travail ou de trajet un accident déclaré comme tel par l'employeur ou celui de considérer comme maladie professionnelle une maladie déclarée comme telle par le médecin fait l'objet d'une décision de l'AAA susceptible d'un recours. Cette décision est notifiée à la victime de l'accident.



ASSOCIATION
D'ASSURANCE ACCIDENT

Association d'assurance accident - adresse postale : L-2976 Luxembourg

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL / DE TRAJET

EMPLOYEUR	1.01 Dénomination de l'entreprise / de l'établissement scolaire / de l'administration ou nom et prénom de l'employeur		Case réservée à l'administration
	1.02 Adresse		
1.03 Numéro d'affiliation de l'entreprise auprès de la sécurité sociale : <input type="text"/>			
VICTIME	2.01 Nom, prénom		2.05 La victime occupe-t-elle (emploi dans le cadre duquel l'accident est survenu) : <input type="checkbox"/> un emploi permanent (contrat à durée indéterminée) <input type="checkbox"/> un emploi temporaire ou de nature similaire. En cas de contrat de travail intérimaire veuillez indiquer le nom et l'adresse de l'entreprise utilisatrice et le numéro d'affiliation auprès de la sécurité sociale (si connu): <input type="text"/> Numéro d'affiliation : <input type="text"/>
	2.02 Adresse		
2.03 Occupé(e) à l'entreprise / établissement en qualité de		2.06 La victime travaille-t-elle (emploi dans le cadre duquel l'accident est survenu) : <input type="checkbox"/> à temps plein ? <input type="checkbox"/> à temps partiel ? Veuillez préciser le nombre habituel d'heures de travail hebdomadaires : <input type="text"/> heures / semaine	
2.04 Matricule ou à défaut date de naissance			
3.01 Date et heure de l'accident		3.02 Date et heure de la déclaration à l'employeur	
3.03 Heures pendant lesquelles la victime a travaillé ou aurait dû travailler le jour de l'accident		3.04 L'accident a-t-il eu lieu:	
jour/mois/année - heure : minute <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> - <input type="text"/> h : <input type="text"/> min matin de / à après-midi de / à heure : minute - heure : minute heure : minute - heure : minute h: <input type="text"/> min - <input type="text"/> h: <input type="text"/> min <input type="text"/> h: <input type="text"/> min - <input type="text"/> h: <input type="text"/> min <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> au poste ou lieu de travail habituel de la victime <input type="checkbox"/> à un poste de travail occasionnel ou mobile <input type="checkbox"/> sur le trajet	
3.05 A quel endroit ou lieu de travail la victime se trouvait-elle lorsque l'accident est survenu? Veuillez donner une description <u>détaillée</u> du lieu (en cas d'accident de la circulation prière d'indiquer la localité et la rue).			
3.06 Quel type de travail, respectivement quelle tâche la victime effectuait-elle lorsque l'accident est survenu? Veuillez donner une description <u>détaillée</u> du type de travail			
3.07 Quelle activité spécifique la victime accomplissait-elle lorsque l'accident est survenu? Veuillez donner une description <u>détaillée</u> de l'activité spécifique ainsi que, s'il y a lieu, des agents associés (outils, machines, équipements, objets, instruments, substances, etc.) utilisés par la victime.			
ACCIDENT	3.08 Description circonstanciée du déroulement de l'accident		
	3.09 Quel(s) événement(s) déviant du processus normal d'exécution du travail a (ont) entraîné l'accident? Veuillez donner une description <u>détaillée</u> de tous les événements anormaux ainsi que, s'il y a lieu, des agents associés (outils, machines, équipements, matériaux, objets, instruments, substances, etc.).		
3.10 Comment la victime a-t-elle été blessée? Veuillez donner une description <u>détaillée</u> de tous les contacts blessants ainsi que, s'il y a lieu, des agents associés (outils, machines, équipements, matériaux, objets, instruments, substances, etc.).			

SPÉCIMEN

Le formulaire doit être rempli par ordinateur ou s'il est rempli à la main à l'encre noire en caractères d'imprimerie

ACCIDENT (suite)

3.11 Mesures de prévention prises ou à prendre pour éviter à l'avenir un accident similaire

Case réservée à l'administration

3.12 Nom et adresse de la personne avertie en premier lieu

Est-ce que cette personne était témoin oculaire ?

non oui

4.01 Pas de lésion, seulement dégât au véhicule automoteur -> Prière de passer aux rubriques 5.01 à 5.05.

4.02 En cas de lésion, prière d'indiquer la nature de la lésion

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plaies et blessures superficielles (y compris contusions) | <input type="checkbox"/> Effets des extrêmes de température, de la lumière ou des radiations |
| <input type="checkbox"/> Fractures osseuses | <input type="checkbox"/> Choc (sans blessure physique directe) |
| <input type="checkbox"/> Luxations, entorses et foulures | <input type="checkbox"/> Lésions multiples |
| <input type="checkbox"/> Commotions et traumatismes internes | <input type="checkbox"/> Autre(s) lésion(s) non spécifiée(s) ci-devant, prière d'indiquer: |
| <input type="checkbox"/> Brûlures et gelures | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Effets du bruit, des vibrations et de la pression | |

Nature inconnue

4.03 Prière d'indiquer la localisation de la lésion

- | | | | |
|--|--|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tête | Épaule(s): | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droite |
| Oeil (Yeux) <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droit | Bras, y compris coude(s): | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droit |
| <input type="checkbox"/> Cou | Main(s): | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droite |
| <input type="checkbox"/> Dos | Jambe(s) y compris cheville(s): | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droite |
| <input type="checkbox"/> Thorax | Pied(s): | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droit |
| <input type="checkbox"/> Ventre, bassin | <input type="checkbox"/> Autre(s) partie(s) du corps blessée(s) non spécifiée(s) ci-devant, prière d'indiquer: | <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> Ensemble du corps et endroits multiples | | | |

Localisation inconnue

4.04 Nom, prénom et adresse du médecin traitant :

4.06 Le cas échéant indiquer l'établissement hospitalier visité:

4.05 Code-médecin (si connu) :

4.07 Conséquences de l'accident

- Décès
- La victime n'a pas interrompu son travail
- La victime a quitté le travail : jour/mois/année - heure : minute
- / / h: min

4.08 Reprise du travail

Compléter cette rubrique au plus tôt après le huitième jour suivant la date de l'accident

- La victime n'a pas (re)commencé à travailler
- La victime a repris le travail le: jour/mois/année
-

5.01 Nom et prénom du signataire

5.04 Lieu, date

, le / /

5.02 Fonction du signataire

5.05 Signature de l'employeur ou de son délégué, cachet de l'entreprise

5.03 Numéro de téléphone / télécopie :

Prière de remplir toutes les rubriques avant l'envoi de ce formulaire

Tout formulaire incomplet sera retourné!

LESION(S) selon les constatations de l'employeur

SIGNATAIRE



Association d'assurance accident - adresse postale : L-2976 Luxembourg
**DÉCLARATION D'ACCIDENT SURVENU DANS LE CADRE DE L'ENSEIGNEMENT
SCOLAIRE OU LORS D'UNE ACTIVITÉ PÉRISCOLAIRE**

ETABLISSEMENT	1.01 Dénomination de l'établissement d'enseignement scolaire, de l'organisateur de l'activité périscolaire ou de l'organisme d'accueil agréé par l'Etat		Case réservée à l'administration	
	1.02 Adresse			
	1.03 Numéro d'affiliation de l'établissement, de l'organisateur de l'activité périscolaire ou de l'organisme d'accueil agréé par l'Etat auprès de la sécurité sociale (si un tel numéro a été attribué) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
VICTIME	2.01 Nom et prénom de l'écolier, de l'élève, de l'étudiant		2.04 Nom et prénom du père, de la mère ou de la personne ayant l'autorité parentale	
	2.02 Adresse de l'écolier, de l'élève, de l'étudiant		2.05 Adresse du père, de la mère ou de la personne ayant l'autorité parentale	
	2.03 Matricule ou à défaut date de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		2.06 Matricule ou à défaut date de naissance du père, de la mère ou de la personne ayant l'autorité parentale <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
ACCIDENT	3.01 Date et heure de l'accident jour/mois/année - heure : minute <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> h: <input type="text"/> min		3.02 Date et heure de la déclaration jour/mois/année - heure : minute au signataire repris sous 5.01 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> h: <input type="text"/> min	
	3.03 Heures pendant lesquelles la victime a fréquenté ou aurait dû fréquenter l'établissement ou l'activité le jour de l'accident matin de / à après-midi de / à heure : minute - heure : minute heure : minute - heure : minute h: <input type="text"/> min - <input type="text"/> h: <input type="text"/> min h: <input type="text"/> min - <input type="text"/> h: <input type="text"/> min		3.04 L'accident a-t-il eu lieu: <input type="checkbox"/> dans le cadre de l'enseignement <input type="checkbox"/> lors d'une activité périscolaire <input type="checkbox"/> sur le trajet	
	3.05 A quel endroit ou lieu la victime se trouvait-elle lorsque l'accident est survenu? Veuillez donner une description <u>détaillée</u> du lieu (en cas d'accident de la circulation prière d'indiquer la localité et la rue).			
	3.06 Quel type d'activité la victime effectuait-elle lorsque l'accident est survenu? Veuillez donner une description <u>détaillée</u> du type d'activité.			
	3.07 Quelle activité spécifique la victime accomplissait-elle lorsque l'accident est survenu? Veuillez donner une description <u>détaillée</u> de l'activité spécifique ainsi que, s'il y a lieu, des agents associés (objets, instruments, substances, outils, machines, équipements, matériaux, etc.) utilisés par la victime.			
	3.08 Description circonstanciée du déroulement de l'accident			
	3.09 Quel(s) événement(s) déviant de l'activité normale a (ont) entraîné l'accident? Veuillez donner une description <u>détaillée</u> de tous les événements anormaux ainsi que, s'il y a lieu, des agents associés (objets, instruments, substances, outils, machines, équipements, matériaux, etc.)..			
	3.10 Comment la victime a-t-elle été blessée? Veuillez donner une description <u>détaillée</u> de tous les contacts blessants ainsi que, s'il y a lieu, des agents associés (objets, instruments, substances, outils, machines, équipements, matériaux, etc.)			
	Le formulaire doit être rempli par ordinateur ou s'il est rempli à la main à l'encre noire en caractères d'imprimerie			

SPÉCIMEN

ACCIDENT (suite)

3.11 Mesures de prévention prises ou à prendre pour éviter à l'avenir un accident similaire

Case réservée à l'administration

3.12 Nom et adresse de la personne avertie en premier lieu

Est-ce que cette personne était témoin oculaire ?

non oui

4.01 Pas de lésion, seulement dégât au véhicule automoteur -> **Prière de passer aux rubriques 5.01 à 5.05.**

4.02 En cas de lésion, prière d'indiquer la nature de la lésion

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plaies et blessures superficielles (y compris contusions) | <input type="checkbox"/> Effets des extrêmes de température, de la lumière ou des radiations |
| <input type="checkbox"/> Fractures osseuses | <input type="checkbox"/> Choc (sans blessure physique directe) |
| <input type="checkbox"/> Luxations, entorses et foulures | <input type="checkbox"/> Lésions multiples |
| <input type="checkbox"/> Commotions et traumatismes internes | <input type="checkbox"/> Autre(s) lésion(s) non spécifiée(s) ci-devant, prière d'indiquer: |
| <input type="checkbox"/> Brûlures et gelures | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Effets du bruit, des vibrations et de la pression | <input type="checkbox"/> Nature inconnue |

4.03 Prière d'indiquer la localisation de la lésion

- | | | | |
|---|--|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tête | Épaule(s): | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droite |
| <input type="checkbox"/> Oeil (Yeux) <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droit | Bras, y compris coude(s): | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droit |
| <input type="checkbox"/> Cou | Main(s): | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droite |
| <input type="checkbox"/> Dos | Jambe(s), y compris genou(s): | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droite |
| <input type="checkbox"/> Thorax | Pied(s): | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droit |
| <input type="checkbox"/> Ventre, bassin | <input type="checkbox"/> Autre(s) partie(s) du corps blessée(s) non spécifiée(s) ci-devant, prière d'indiquer: | <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> Ensemble du corps et endroits multiples | <input type="checkbox"/> Localisation inconnue | | |

SPÉCIMEN

4.04 Nom, prénom et adresse du médecin traitant :

4.06 Le cas échéant indiquer l'établissement hospitalier visité:

4.05 Code-médecin (si connu) :

4.07 Conséquences de l'accident

- Décès
- La victime n'a pas interrompu la fréquentation de l'établissement ou de l'activité
- La victime a interrompu la fréquentation de l'établissement ou de l'activité le jour / mois / année - heure : minute

4.08 Reprise de la fréquentation de l'établissement ou de l'activité

- Compléter cette rubrique au plus tôt après le huitième jour suivant la date de l'accident**
- La victime n'a pas (re)commencé à fréquenter l'établissement ou l'activité
- La victime a recommencé à fréquenter l'établissement ou l'activité le jour / mois / année

5.01 Nom et prénom du signataire

5.04 Lieu, date

, le / /

5.02 Fonction du signataire

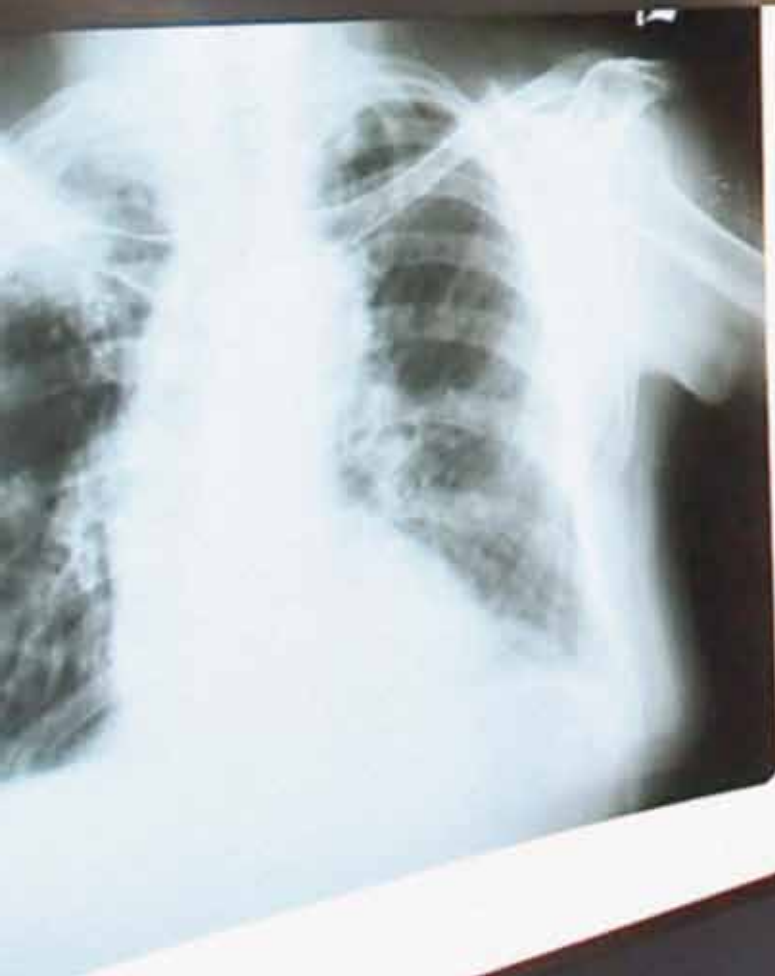
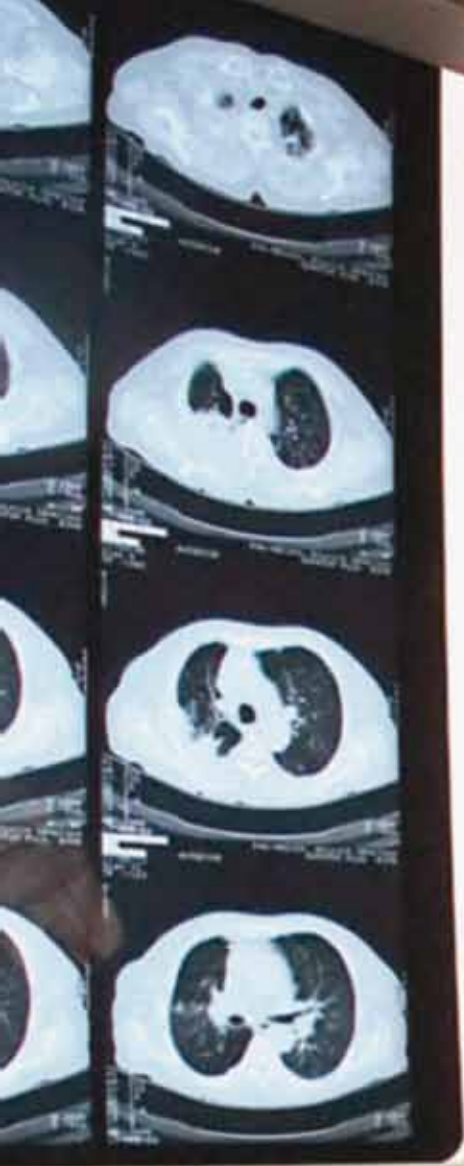
5.05 Signature du bourgmestre, du directeur de l'établissement ou de leur délégué, de l'organisateur de l'activité périscolaire, du responsable de gestion de l'organisme d'accueil agréé par l'Etat ou le cas échéant du Service national de la sécurité dans la fonction publique. Cachet.

5.03 Numéro de téléphone / télécopie :

LESION(S) selon les constatations du signataire

SIGNATAIRE

MALADIES PROFESSIONNELLES



DÉFINITION

Une maladie professionnelle est une maladie qui a sa cause déterminante dans une activité professionnelle assurée.

TABLEAU

Une maladie est présumée d'origine professionnelle lorsqu'elle figure au tableau des maladies professionnelles et est contractée par suite d'une exposition au travail à un risque spécifique.

Le tableau des maladies professionnelles est déterminé par règlement grand-ducal sur proposition d'une Commission supérieure des maladies professionnelles. Ne peuvent être inscrites au tableau des maladies professionnelles que des maladies qui, d'après les connaissances médicales, sont causées par des influences spécifiques appelées risques et auxquelles certains groupes de personnes sont particulièrement exposés par rapport à la population générale du fait de leur travail assuré. Ledit tableau, dont le détail peut être consulté à la page 19, regroupe les pathologies en fonction de 6 catégories d'agents nocifs, à savoir :

1. Maladies provoquées par les agents chimiques
2. Maladies provoquées par des agents physiques
3. Maladies professionnelles infectieuses ou parasitaires ainsi que les maladies tropicales
4. Maladies provoquées par des poussières minérales et organiques
5. Affections cutanées
6. Maladies provoquées par des actions diverses

Parfois l'indemnisation des suites de cette maladie est subordonnée à des conditions supplémentaires (p. ex. l'abandon de l'activité professionnelle à l'origine d'une affection cutanée).

Peut être reconnue comme maladie professionnelle une maladie non désignée dans le tableau, si l'assuré rapporte la preuve de son origine professionnelle.

DÉCLARATION

Le médecin traitant est obligé de déclarer immédiatement toute maladie professionnelle dont il a eu connaissance par le formulaire prescrit. Le formulaire de déclaration médicale d'une maladie professionnelle est téléchargeable à partir du site Internet de l'AAA : www.aaa.lu (spécimen : voir page 20).

Tableau des maladies professionnelles en vigueur depuis le 1er septembre 1998

Code	Maladies
1	Maladies provoquées par les agents chimiques
11	Métaux et Métalloïdes
11 01	Maladies provoquées par le plomb ou ses composés
11 02	Maladies provoquées par le mercure ou ses composés
11 03	Maladies provoquées par le chrome ou ses composés
11 04	Maladies provoquées par le cadmium ou ses composés
11 05	Maladies provoquées par le manganèse ou ses composés
11 06	Maladies provoquées par le thallium ou ses composés
11 07	Maladies provoquées par le vanadium ou ses composés
11 08	Maladies provoquées par l'arsenic ou ses composés
11 09	Maladies provoquées par le phosphore ou ses composés anorganiques
11 10	Maladies provoquées par le béryllium ou ses composés
12	Gaz asphyxiants
12 01	Maladies provoquées par le monoxyde de carbone
12 02	Maladies provoquées par l'hydrogène sulfuré
13	Solvants, pesticides et autres substances chimiques
13 01	Maladies des muqueuses, cancers ou autres néoformations des voies urinaires provoquées par les amines aromatiques
13 02	Maladies provoquées par les hydrocarbures halogénés
13 03	Maladies provoquées par le benzol, ses homologues et le styrène
13 04	Maladies provoquées par les composés nitrés ou aminés du benzol ou ses homologues ou leurs dérivés
13 05	Maladies provoquées par le sulfure de carbone
13 06	Maladies provoquées par le méthanol
13 07	Maladies provoquées par les composés organiques du phosphore
13 08	Maladies provoquées par le fluor ou ses composés
13 09	Maladies provoquées par les esters nitriques
13 10	Maladies provoquées par les dérivés halogénés des alkyl-, aryl-, ou alkylaryloxydes
13 11	Maladies provoquées par les dérivés halogénés des alkyl-, aryl-, ou alkylarylsulfurés
13 12	Maladies des dents provoquées par les acides
13 13	Lésions cornéennes par le benzoquinone
13 14	Affections dues au p-tertiobutyl-phénol
13 15	Maladies dues aux isocyanates
13 16	Maladies du foie par le diméthylformamide
13 17	Polyneuropathie ou encéphalopathie par les solvants organiques et leurs mélanges
Remarque se rapportant aux codes 11 01 à 11 10, 12 01 et 12 02, 13 03 à 13 09 et 13 15:	
Les affections cutanées pouvant être couvertes par ces rubriques ne donnent lieu à réparation que pour autant qu'elles répondent aux conditions posées sous la position 51 01 ou qu'elles se présentent comme une manifestation d'une maladie plus générale provoquée par les substances chimiques visées.	
2	Maladies provoquées par des agents physiques
21	Effets mécaniques
21 01	Maladies des gaines synoviales ou du tissu péri-tendineux ainsi que des insertions tendineuses ou musculaires ayant nécessité l'abandon de toutes activités qui ont été ou qui peuvent être en relation causale avec l'origine, l'aggravation ou la réapparition de la maladie
21 02	Lésions méniscales dues à un surmenage des articulations du genou après une exposition prolongée de plusieurs années ou une exposition à répétition fréquente
21 03	Affections provoquées par les vibrations des outils pneumatiques ou outils agissant de façon similaire
21 04	Troubles circulatoires aux mains dues aux vibrations et ayant nécessité l'abandon de toutes activités qui ont été ou qui peuvent être en relation causale avec l'origine, l'aggravation ou la réapparition de la maladie
21 05	Maladies chroniques des bourses séreuses par pression locale prolongée
21 06	Paralysie des nerfs dues à des pressions locales prolongées
21 07	Fractures des apophyses épineuses vertébrales
21 08	Abrasion pronocée des dents par la poussière de silice
22	Air comprimé
22 01	Maladies dues au travail dans l'air comprimé
23	Bruit
23 01	Hypoacousie provoquée par le bruit professionnel consistant dans une perte auditive d'au moins 40 %
24	Rayons
24 01	Cataracte due au rayonnement thermique
24 02	Maladies provoquées par les rayons ionisants
3	Maladies professionnelles infectieuses ou parasitaires ainsi que les maladies tropicales
31 01	Maladies infectieuses, si l'assuré travaille dans un établissement ou un service s'occupant de la prophylaxie, du diagnostic et du traitement des maladies contagieuses, ou si l'assuré est particulièrement exposé à des risques similaires de contagion, en raison de son activité professionnelle
31 02	Maladies transmissibles des animaux à l'homme
31 03	Maladies parasitaires des mineurs par ankylostome duodénal ou anguillule intestinale
31 04	Maladies tropicales, fièvre pourprée
4	Maladies provoquées par des poussières minérales
41 01	Silicose
41 02	Silicose en association avec une tuberculose pulmonaire
41 03	Asbestose ou affection de la plèvre par la poussière d'amiante
41 04	Cancer du poumon et cancer du larynx - en association avec une asbestose - en association avec une lésion de la plèvre ou - lorsque l'effet d'une dose cumulative de fibres en amiante sur le lieu de travail - d'au moins 25 années-fibres [(25x10 ⁶ fibres/m ³)x années] est établie.
41 05	Mésothéliome de la plèvre, du péritoine ou du <u>péricarde</u> causé par l'amiante
41 06	Maladies des voies respiratoires profondes ou des poumons provoquées par l'aluminium ou ses composés
41 07	Fibrose pulmonaire provoquée par les poussières des métaux durs lors de la fabrication ou du façonnage de ces métaux
41 08	Maladies des voies respiratoires profondes et des poumons par scories Thomas
41 09	Néoformations des voies respiratoires et des poumons par le nickel ou ses composés
42	Maladies provoquées par des poussières organiques
42 01	Alvéolite allergique extrinsèque
42 02	Affection pulmonaire provoquée par l'inhalation de fibres de coton, de lin, de chanvre, de jute, de sisal ou de bagasse
42 03	Adénocarcinome des cavités et des fosses nasales dû aux poussières de bois
43	Maladies obstructives des voies respiratoires
43 01	Maladies obstructives des voies respiratoires (inclusivement la rhinopathie) causées par des substances allergisantes ayant nécessité l'abandon de toutes activités qui ont été ou qui peuvent être en relation causale avec l'origine, l'aggravation ou la réapparition de la maladie
43 02	Maladies obstructives des voies respiratoires causées par des substances chimiquement irritantes ou toxiques ayant nécessité l'abandon de toutes activités qui ont été ou qui peuvent être en relation causale avec l'origine, l'aggravation ou la réapparition de la maladie
5	Affections cutanées
51 01	Affections cutanées sévères ou récidivantes ayant nécessité l'abandon de toutes activités qui ont été ou qui peuvent être en relation causale avec l'origine, l'aggravation ou la réapparition de la maladie
51 02	Néoformations ou cancers cutanés après manipulation et emploi de noir de fumée, paraffine lourde, goudron de houille, anthracène, résines ou autres substances cancérigènes
6	Maladies provoquées par des actions diverses
61 01	Nystagmus des mineurs.

*) Une maladie non désignée au tableau qui précède peut constituer une maladie professionnelle, si l'assuré rapporte la preuve de son origine professionnelle (art.94 al.3 du Code de la sécurité sociale)



Association d'assurance accident - adresse postale : L-2976 Luxembourg
DÉCLARATION MÉDICALE D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

ASSOCIATION
D'ASSURANCE ACCIDENT

(Cette déclaration est à établir par le médecin traitant)

vers. 1.0 (code F 2.1)

<p>Nom, prénom et adresse de l'assuré:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	<p>Numéro du dossier: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>Matricule ou date de naissance: Année Mois Jours Extension</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>
<p>Quelles sont les plaintes de l'assuré?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	
<p>Quelles peuvent être, selon l'assuré, les activités professionnelles et influences nocives qui sont à l'origine de ses plaintes?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>	
<p>Est-ce que l'assuré a déjà consulté un autre médecin à cause de ces plaintes? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, nom et adresse de ce médecin:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
<p>Date de la première consultation: jours mois année</p> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	
<p>Diagnostic (prière de joindre les pièces à l'appui p.ex. analyses sanguines, radiographies, tests cutanés, audiogrammes,...):</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 48px; color: yellow; opacity: 0.5;"> SPÉCIMEN </div>	
<p>De quelle maladie reproduite au tableau des maladies professionnelles s'agit-il ? No : <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p>	
<p>Est-ce que cette maladie a sa cause déterminante dans l'activité professionnelle? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> cause indéterminée</p> <p>Est-ce que la maladie a nécessité l'abandon définitif de l'activité professionnelle? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Est-ce que l'assuré est / a été en arrêt de travail? <input type="checkbox"/> oui du <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> au <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> non</p>	
<p>Nom et adresse de(s) entreprise(s) où la maladie a été contractée:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	
<p>Observation éventuelles (notamment nécessité d'un changement de travail, traitement médical, consultation d'un spécialiste)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
<p>Code-médecin</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	<p>Nom et adresse du médecin traitant</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Lieu, date signature, cachet</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	

Le formulaire doit être rempli par ordinateur ou s'il est rempli à la main à l'encre noire en caractères d'imprimerie

PRESTATIONS



PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ

L'AAA accorde les prestations en nature ci-après prévues en matière d'assurance maladie :

- les soins de médecine et de médecine dentaire,
- les traitements effectués par les professionnels de santé,
- les analyses de biologie médicale,
- les orthèses, prothèses, épithèses et implants dentaires,
- les médicaments, le sang humain et les composants sanguins,
- les dispositifs médicaux,
- les traitements effectués en milieu hospitalier,
- les frais de séjour en cas d'hospitalisation, sauf pour le cas de simple hébergement,
- les cures thérapeutiques et de convalescence,
- les soins de rééducation et de réadaptation fonctionnelles,
- les frais de transport et de voyage,
- les soins palliatifs.

Ces prestations dites soins de santé sont versées par l'intermédiaire de Caisse nationale de santé pour compte de l'AAA suivant les modalités applicables en matière d'assurance maladie, sous réserve de deux particularités importantes :

- **Les prestations sont en principe payées intégralement, c. à d. elles ne comportent pas de participation financière de l'assuré,**
- **Elles sont versées directement au prestataire de soins suivant le système du tiers payant sans que l'assuré ait à en faire l'avance.**

Les travailleurs frontaliers peuvent bénéficier des prestations en nature non seulement au Grand-Duché de Luxembourg, mais également dans leur pays de résidence. Dans ce dernier cas, ils doivent

s'inscrire auprès de l'institution compétente (Caisse primaire en France, AOK en Allemagne, Mutuelles en Belgique) à l'aide du formulaire DA 1 établi par l'AAA pour une période limitée en principe à 3 mois, mais renouvelable.

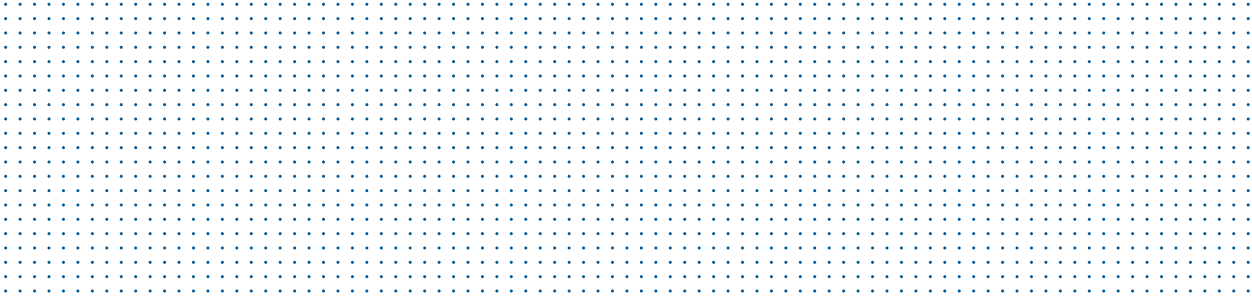
DÉGÂT MATÉRIEL

Même en l'absence d'une lésion corporelle, l'assuré a droit à l'indemnisation (au nombre indice 737,83) du dégât causé au véhicule automoteur utilisé au moment de l'accident survenu sur la voirie publique dans la limite

- d'une franchise fixée à 2/3 du salaire social minimum, soit à 1.200,99 €,
- d'un maximum fixé à 5 fois le salaire social minimum s'il s'agit d'un accident de trajet, soit à 9.007,43 € ou,
- d'un maximum fixé à 7 fois le salaire social minimum s'il s'agit d'un accident du travail, soit à 12.610,40 €.

Le droit à l'indemnisation par l'AAA n'existe pas dans la mesure où le préjudice est indemnisable à un autre titre, p. ex. dans le cadre d'un contrat d'assurance « dommages matériels » (casco) conclu avec une compagnie d'assurance privée. Les élèves et étudiants n'y ont droit que si, pour des motifs sérieux et indépendants de leur volonté, ils n'ont pas pu utiliser des transports en commun.

Le dégât au véhicule automoteur est indemnisé sur demande et déterminé sur base d'une expertise émanant d'un expert en automobiles agréé. A défaut d'expertise, l'AAA détermine la valeur du véhicule avant l'accident par référence à la valeur d'un véhicule similaire sur le marché de l'occasion à l'aide d'une banque de données informatique utilisée par les professionnels. En cas de réparation, l'indemnité



n'est versée à l'assuré que sur présentation d'une facture acquittée par un professionnel légalement établi.

Si l'accident du travail ou de trajet a provoqué un dommage corporel, l'AAA indemnise le dégât causé aux vêtements ou autres effets personnels que l'assuré portait au moment de l'accident.

La demande doit être présentée sous peine de déchéance dans l'année de la survenance de l'accident.

Les formulaires de demande pour l'indemnisation des dégâts au véhicule et pour l'indemnisation des dégâts matériels accessoires sont téléchargeables à partir du site Internet de l'AAA: www.aaa.lu (spécimens: voir pages 24 à 26).



Demande pour indemnisation de dégâts au véhicule

(code F.3.2)

1. Renseignements concernant le demandeur

1.01 Nom:

1.02 Prénom(s) :

1.03 Matricule:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.04 Adresse:

1.05 Téléphone:

1.06 Compte bancaire (IBAN):

1.07 Code BIC:

2. Renseignements concernant l'accident

2.01 Numéro accident:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ou à défaut

(année)

(n° à 5 positions)

2.02 Date de l'accident:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.03 Est-ce que l'accident a produit des lésions?

- Oui -> Lesquelles ? :
 Non

2.04 Conducteur et propriétaire du véhicule:

- Vous étiez le conducteur du véhicule au moment de l'accident
 Vous êtes le propriétaire du véhicule
 Autre conducteur ou propriétaire du véhicule, prière d'indiquer

Nom et prénom: _____

Matricule ou date de naissance : _____

Adresse : _____

Dans tous les cas, veuillez joindre une copie de la carte d'immatriculation du véhicule

2.05 Est-ce qu'un constat à l'amiable a été établi ?

- Oui -> **S'il n'a pas déjà été envoyé, veuillez joindre une copie du constat à l'amiable**
 Non -> Veuillez fournir un croquis de la situation de l'accident

2.06 Qui d'après vous est fautif et pourquoi?

2.07 Est-ce qu'un procès-verbal a été établi par la police ?

- Oui -> Veuillez indiquer le commissariat de police compétent et le numéro du procès-verbal:

 Non

3. Renseignements concernant le véhicule accidenté

3.01 Description des dégâts matériels:

3.02 Lieu et adresse où le véhicule peut être inspecté:

3.03 Le véhicule est-il assuré contre les dommages matériels (casco) ?

Oui

Non -> Veuillez **joindre** un **certificat de votre compagnie d'assurance** que le véhicule n'est pas couvert par une assurance dommages matériels (casco)

3.04 Le dommage est-il indemnisable par un tiers impliqué?

Oui -> Veuillez **joindre** une **attestation de prise en charge de l'assurance du tiers**

Non -> Veuillez **joindre** une **attestation de refus de prise en charge de l'assurance du tiers**

3.05 Est-ce qu'un rapport d'expertise a été dressé ?

Oui -> Veuillez **joindre** une **copie du rapport d'expertise**

Si l'expertise a été effectuée à votre demande et si vous avez pris en charge les frais d'expertise, veuillez joindre également une facture de l'expertise dûment acquittée

Non -> Veuillez nous fournir une copie de la facture d'achat du véhicule, TVA comprise, émanant d'un professionnel du secteur légalement établi

Si une facture d'achat fait défaut, veuillez **joindre** une **copie de l'assurance responsabilité civile** du véhicule (RC) et de nous fournir les renseignements suivants :

* Type de véhicule (voiture, moto, transporteur 4x4) :

* Marque et Modèle

* Kilométrage

3.06 Réparation ou abandon du véhicule ?

Réparation du véhicule

-> Veuillez **joindre** une **copie de la facture de la réparation⁽¹⁾**, TVA comprise, dûment acquittée, émanant d'un professionnel du secteur légalement établi (garagiste)

Abandon du véhicule

-> Veuillez de **joindre** une **copie de la facture de vente de l'épave⁽²⁾** du véhicule accidenté avec indication du prix de vente, TVA comprise, dûment acquittée, émanant d'un professionnel du secteur légalement établi (garagiste, ferrailleur...)

⁽¹⁾ Ce document peut nous être envoyé ultérieurement, cependant une éventuelle indemnisation du dégât au véhicule ne peut avoir lieu qu'après réception et contrôle de cette pièce par nos services.

⁽²⁾ Sans facture de vente, la valeur de l'épave est fixée forfaitairement à 750 € par l'Administration

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



Demande pour indemnisation de dégâts matériels accessoires

(code F.3.1)

1. Renseignements concernant le demandeur

1.01 Nom: _____

1.02 Prénom(s): _____

1.03 Matricule:

1.04 Adresse: _____

1.05 Téléphone: _____

1.06 Compte bancaire (IBAN) _____

1.07 Code BIC: _____

2. Renseignements concernant l'accident

2.01 Numéro accident:

ou à défaut (année) (n° à 5 positions)

2.02 Date de l'accident:

2.03 Est-ce que l'accident a produit des lésions?
 Oui -> Lesquelles ? :
 Non

3. Renseignements concernant le dégât matériel accessoire

3.01 De quel type de dégât matériel accessoire s'agit-il ?
 dégât vestimentaire autres objets endommagés
-> Veuillez préciser la nature des pièces endommagées et de **joindre**, si possible, la/les facture(s) d'achat

Nature Valeur état neuf Date d'achat

Nature Valeur état neuf Date d'achat

Nature Valeur état neuf Date d'achat

Nature Valeur état neuf Date d'achat

lunettes -> **Veuillez joindre la facture d'achat des nouvelles lunettes ou celle de la réparation des anciennes lunettes**

Informations importantes:
1) S'il s'agit d'un dégât matériel automoteur, prière d'utiliser le formulaire prévu à cet effet
2) En l'absence de factures d'achat antérieures à l'accident, l'indemnisation se fait sur base de montants forfaitaires

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

PRESTATIONS EN ESPÈCES PENDANT LES 52 PREMIÈRES SEMAINES

En cas d'incapacité de travail totale temporaire (ITT) consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, le salarié a droit au maintien intégral de son salaire et des autres avantages résultant de son contrat de travail jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le 77^{ème} jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de 12 mois de calendrier successifs. Un nouveau droit à la conservation du salaire n'est ouvert qu'au début du mois suivant celui pour lequel cette limite n'est plus atteinte. Le Centre commun de la sécurité sociale rembourse, pour compte de l'AAA, à l'employeur 80 % de la rémunération avancée au salarié et augmentée de la part employeur des cotisations pour l'assurance pension, l'assurance maladie et l'assurance accident. Quant à l'assuré non salarié exerçant une profession indépendante ou agricole, il a droit à une indemnité à hauteur de 80 % de l'assiette cotisable appliquée au moment de la survenance de l'incapacité de travail totale jusqu'à la fin du mois au cours duquel se situe le 77^{ème} jour d'incapacité de travail. Le montant à rembourser est mis au crédit de l'employeur ou de l'assuré non salarié sur l'extrait de compte mensuel du Centre commun de la sécurité sociale et compensé avec les cotisations dues.

Si à l'issue de cette première période l'assuré continue à être atteint d'incapacité de travail totale, il a droit au paiement d'une indemnité pécuniaire par la Caisse nationale de santé pour compte de l'AAA. Le montant de l'indemnité pécuniaire correspond à la rémunération cotisable ou à l'assiette cotisable mise en compte respectivement pour le salarié ou le non salarié au moment de la survenance de l'incapacité de travail.

Pour obtenir les prestations en espèces, l'assuré doit faire parvenir à la Caisse nationale de santé le certifi-

cat d'incapacité de travail établi par son médecin traitant au plus tard le 3^{ème} jour ouvré de l'incapacité de travail. Ces prestations sont versées quelle que soit l'origine de l'incapacité de travail (maladie, maladie professionnelle ou accident du travail).

Le droit à l'indemnité pécuniaire est limité à un total de 52 semaines pour une période de référence de 104 semaines. A cette fin, sont totalisées toutes les périodes d'incapacité de travail se situant dans la période de référence qui prend fin la veille de chaque nouvelle période d'incapacité de travail. La période d'incapacité de travail peut être soit continue, soit interrompue par des périodes de reprise du travail. Il n'est fait aucune distinction suivant l'origine de l'incapacité de travail.

Toutefois, l'indemnité pécuniaire prend fin avant l'échéance de la 52^e semaine dès la fin du contrat de travail à durée déterminée (ou du contrat de mission d'un travailleur intérimaire), à moins que le salarié n'ait été affilié depuis 6 mois au moins.

La plupart des salariés du secteur public n'ont droit à aucune prestation en espèces de la part de l'assurance accident pendant les 52 premières semaines, étant donné qu'ils bénéficient de la conservation de la rémunération sans limitation dans le temps en vertu d'une disposition légale, réglementaire ou conventionnelle. Il s'agit notamment des fonctionnaires, employés ou ouvriers de l'Etat ainsi que des fonctionnaires ou employés communaux.

RENTES

Pour les accidents survenus et les maladies professionnelles déclarées à partir du 1^{er} janvier 2011, les rentes accident indemnisent la perte totale ou partielle du revenu professionnel et présentent les caractéristiques communes suivantes :

- elles sont soumises aux retenues pour l'impôt sur le revenu, elles donnent lieu à affiliation à l'assurance maladie et à l'assurance pension et partant au prélèvement des cotisations afférentes,
- elles sont adaptées automatiquement à l'évolution du coût de la vie (indice) et ajustées tous les deux ans à l'évolution du niveau de vie,
- elles cessent d'être payées si le bénéficiaire atteint l'âge de 65 ans ou en cas d'octroi d'une pension de vieillesse anticipée.

RENTE COMPLÈTE

La rente complète est accordée pour les périodes d'incapacité de travail totale imputables à l'accident ou la maladie professionnelle survenu, alors que l'assuré exerçait une activité professionnelle soumise à l'assurance obligatoire ou qu'il était inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès de l'Administration de l'emploi ou auprès d'un organisme étranger compétent. La rente complète prend cours :

- à partir de la fin du droit à l'indemnité pécuniaire qui coïncide normalement avec celle d'une période continue ou discontinue d'incapacité de travail de 52 semaines quelle qu'en soit l'origine,
- à partir de la fin de ce droit se plaçant dans certaines hypothèses plus tôt, notamment en cas de cessation du contrat de mission ou de travail à durée déterminée.

Pour les salariés, la rente complète correspond à la rémunération cotisable des 12 mois précédant celui de la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle. Pour les assurés non salariés est prise en compte l'assiette cotisable appliquée au moment de l'accident. Tout recalcul de cette assiette entraîne la révision de la rente. En cas d'exercice de plusieurs activités soumises à l'assurance, la totalité de l'assiette cotisable des différentes activités est prise

en considération. La rente complète ne peut être ni inférieure au salaire social minimum, ni supérieure au plafond cotisable correspondant au quintuple de ce salaire.

La rente complète est accordée sur demande. Elle n'est pas payée aux fonctionnaires ou employés de l'Etat, des établissements publics et des communes tant qu'ils bénéficient du maintien de leur traitement. Le formulaire de demande en obtention d'une rente complète est téléchargeable à partir du site Internet de l'AAA: www.aaa.lu (spécimen: voir page 29).



ASSOCIATION
D'ASSURANCE ACCIDENT

Adresse postale : L-2976 Luxembourg | Guichets : 125, route d'Esch
Heures d'ouverture de 08h00 à 16h00
Tél. : 261915-1 | Fax : 495335 | www.aaa.lu

Demande en obtention d'une rente complète

(Avant de remplir le présent formulaire, prière de lire attentivement les informations en annexe)

(code F5)

1. Renseignements concernant le demandeur

1.01 Nom:

1.02 Prénom(s):

1.03 Matricule:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1.04 Adresse:

1.05 Téléphone:

1.06 Compte bancaire (IBAN):

1.07 Code BIC:

2. Renseignements concernant l'accident ou la maladie professionnelle

2.01 Numéro d'accident:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

2.02 Est-ce que les suites de l'accident nécessitent toujours un traitement médical ?

Oui Non

2.03 Est-ce que l'accident a laissé des séquelles définitives ?

Oui -> Lesquelles ? _____
 Non

3. Renseignements concernant l'activité professionnelle et les revenus

3.01 Est-ce qu'à ce jour vous exercez une activité professionnelle ?

Oui -> Date de la 1^{ère} reprise du travail après l'accident _____
 Non -> Date de la dernière journée effective de travail _____

3.02 Quels sont vos revenus à l'heure actuelle ?

Vous êtes sans revenus
 Vous continuez à toucher votre salaire
 Vous touchez des indemnités pécuniaires de maladie
 Vous êtes inscrit comme demandeur d'emploi au Luxembourg (ADEM)
 Vous êtes inscrit comme demandeur d'emploi dans un autre pays
-> Veuillez indiquer l'institution à laquelle vous êtes inscrit:

 Vous préparez votre future profession (élève, étudiant)

4. Renseignements concernant votre médecin traitant

4.01 Médecin traitant:
(Nom et adresse)

4.02 Autre médecin consulté:
(le cas échéant)

5. Signature du demandeur

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

5.01 Lieu et date:

5.02 Signature:

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

RENTE PARTIELLE

L'assuré subissant une perte partielle de revenu professionnel par suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle a droit sur demande à une rente partielle à partir de la reprise d'une activité professionnelle avant l'âge de soixante-cinq ans à condition :

- qu'il justifie au moment de la consolidation d'un taux d'incapacité permanente de 10 % au moins,
- que la perte de revenu atteigne 10 % au moins,
- que, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, l'assuré soit incapable d'exercer son dernier poste de travail ou de maintenir son dernier régime de travail principalement en raison des séquelles de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

Par consolidation il faut entendre le moment où, à la suite de la période de soins, la lésion se fixe et prend un caractère définitif, tel qu'un traitement n'est en principe plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente consécutive à l'accident, sous réserve de rechutes et révisions possibles.

Pour les salariés, la rente partielle correspond à la différence entre, d'une part, la rémunération cotisable au cours des 12 mois suivant celui de la consolidation ou de la reconversion professionnelle et, d'autre part, celle pendant les 12 mois précédant l'accident. Pour l'assuré non salarié, la rente équivaut à la diminution effective du revenu professionnel fiscal réalisé au cours des 12 mois suivant celui de la consolidation ou de la reconversion professionnelle par rapport au revenu professionnel annuel moyen réalisé au cours des 36 mois précédant celui de la survenance de l'accident. En attendant la fixation du montant définitif de la rente partielle, une avance peut être accordée. Le formulaire de demande en obtention d'une rente partielle est téléchargeable à partir du site Internet de l'AAA : www.aaa.lu (spécimen : voir page 31).

Le montant de la rente partielle est révisable d'office ou à la demande du bénéficiaire si, au cours de la période triennale suivant la fixation de la rente, la perte de revenu subit une modification importante.

En cas d'aggravation ultérieure de l'état de santé du bénéficiaire d'une rente viagère, le montant de la rente partielle peut également être augmenté, à condition que la nouvelle incapacité permanente semble définitive et que son taux dépasse de 10 % au moins celui de l'incapacité antérieure.



Demande en obtention d'une rente partielle

(Avant de remplir le présent formulaire, prière de lire attentivement les informations en annexe)

(code F6-1)

1. Renseignements concernant le demandeur

1.01 Nom:

1.02 Prénom(s):

1.03 Matricule:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1.04 Adresse:

1.05 Téléphone:

1.06 Compte bancaire (IBAN):

1.07 Code BIC:

2. Renseignement concernant l'accident ou la maladie professionnelle

2.01 Numéro d'accident:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

3. Renseignements concernant l'activité salariée ou non salariée

3.01 Est-ce qu'à ce jour vous exercez une activité professionnelle?

Oui -> Date de la 1ère reprise du travail _____

Non -> Date de la dernière journée effective de travail _____

3.02 Avez-vous repris après l'accident une activité salariée ou non salariée dans un autre pays que le Luxembourg?

Oui -> Pays où vous travaillez _____

-> Nom et l'adresse de l'employeur ou de la société _____

-> Si vous êtes non salarié, veuillez indiquer le genre de votre activité _____

Non

3.03 Avez-vous bénéficié de mesures de reconversion professionnelle au Luxembourg ou à l'étranger ?

Oui -> Veuillez préciser _____

Non

4. Renseignements concernant votre médecin traitant

4.01 Médecin traitant:
(Nom et adresse)

4.02 Autre médecin consulté:
(le cas échéant)

5. Signature du demandeur

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

5.01 Lieu et date: _____

5.02 Signature: _____

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



RENTE D'ATTENTE

Si un salarié présente une incapacité pour exercer son dernier poste de travail ou pour maintenir son dernier régime de travail, il bénéficie d'un reclassement professionnel de la part de l'Administration de l'emploi. A condition que cette incapacité soit, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, principalement imputable à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, il a droit à la rente d'attente de la part de l'AAA. Il en est de même du non salarié qui ne peut plus exercer son activité professionnelle principalement à cause d'un accident ou d'une maladie professionnelle, sans être atteint d'invalidité au sens de la législation sur l'assurance pension. Le montant de la rente d'attente est fixé à 85 % de la rente complète, c. à d. de la rémunération cotisable du salarié pendant les 12 mois précédant celui de la survenance de l'accident ou de l'assiette cotisable du non salarié au moment de cette survenance.

La rente d'attente est versée tant que le reclassement externe n'est pas possible. L'AAA prend en charge les mesures de reconversion professionnelle suivies dans le cadre du reclassement professionnel par l'Administration de l'emploi. La rente d'attente peut être suspendue si les conditions ayant motivé son octroi ne sont plus remplies, notamment si l'assuré ne reste pas inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès de l'Administration de l'emploi, si l'assuré se soustrait aux mesures de reclassement ou s'il refuse toute tentative de reconversion professionnelle. Elle est retirée si l'assuré touche à l'étranger une indemnité de chômage ou une prestation de même nature.

Le formulaire de demande en obtention d'une rente d'attente est téléchargeable à partir du site Internet de l'AAA: www.aaa.lu (spécimen : voir page 33).



Demande en obtention d'une rente d'attente

(Avant de remplir le présent formulaire, prière de lire attentivement les informations en annexe)

(code F7)

1. Renseignements concernant le demandeur

1.01 Nom:

1.02 Prénom(s):

1.03 Matricule:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1.04 Adresse:

1.05 Téléphone:

1.06 Compte bancaire (IBAN):

1.07 Code BIC:

2. Renseignement concernant l'accident ou la maladie professionnelle

2.01 Numéro d'accident:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

3. Renseignements concernant votre situation professionnelle actuelle

3.01 Votre contrat de travail en tant que salarié a-t-il été résilié ou avez-vous cessé votre activité non salariée ?

- Oui
 Non

-> Date de la résiliation : _____

3.02 Etes-vous inscrit à l'Administration de l'emploi du Luxembourg ou à un organisme étranger en tant que demandeur d'emploi ?

- Oui
 Non

-> Depuis quand ? : _____

S'il s'agit d'un organisme étranger, veuillez préciser : _____

3.03 Touchez-vous une indemnité de chômage au Luxembourg ou une indemnité de chômage ou une prestation de même nature à l'étranger ?

- Oui
 Non

-> Depuis quand ? : _____

S'il s'agit d'une prestation touchée à l'étranger, veuillez en préciser la nature : _____

3.04 Est-ce que vous suivez des mesures de reconversion professionnelle ?

- Oui
 Non

-> Lesquelles ? _____

4. Renseignements concernant votre médecin traitant

4.01 Médecin traitant:
(Nom et adresse)

4.02 Autre médecin consulté:
(les cas échéant)

5. Signature du demandeur

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

5.01 Lieu et date: _____

5.02 Signature: _____

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



INDEMNITÉS POUR PRÉJUDICES EXTRAPATRIMONIAUX

Si, après la consolidation, l'assuré est atteint, par suite d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle déclarée à partir du 1^{er} janvier 2011, d'une incapacité de travail permanente totale ou partielle, il a droit à l'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux. Ces indemnités sont accordées sur demande et ne sont soumises à aucune charge fiscale ou sociale.

Le formulaire de demande en obtention d'indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux est téléchargeable à partir du site Internet de l'AAA: www.aaa.lu (spécimen: voir page 35).

En cas d'aggravation ultérieure de l'état de santé du bénéficiaire, le montant des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux peut être augmenté, à condition que la nouvelle incapacité permanente semble définitive et que son taux dépasse de 10 % au moins celui de l'incapacité antérieure.



ASSOCIATION
D'ASSURANCE ACCIDENT

Adresse postale : L-2976 Luxembourg IGuichets : 125, route d'Esch
Heures d'ouverture de 08h00 à 16h00
Tél. : 261915-1 IFax : 495335 I www.aaa.lu

Demande en obtention d'indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux

(Avant de remplir le présent formulaire, prière de lire attentivement les informations en annexe)

(code F8)

1. Renseignements concernant le demandeur

1.01 Nom:

1.02 Prénom(s):

1.03 Matricule:

1.04 Adresse:

1.05 Téléphone:

1.06 Compte bancaire (IBAN):

1.07 Code BIC :

2. Renseignements concernant l'accident ou la maladie professionnelle

2.01 Numéro d'accident:

2.02 Est-ce que les suites de l'accident nécessitent toujours un traitement médical ?

2.03 Est-ce que l'accident a laissé des séquelles définitives ?

- Oui -> Lequel? Médicaments
 Rééducation (kinésithérapie, ergothérapie, massages, cure...
 Intervention chirurgicale
 Autre traitement, prière d'indiquer lequel :

Non

Oui -> Lesquelles ? _____

Non

SPÉCIMEN

3. Renseignements concernant le médecin traitant

3.01 Médecin traitant:
(Nom et adresse)

3.02 Autre médecin consulté:
(le cas échéant)

4. Signature du demandeur

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

4.01 Lieu et date:

4.02 Signature:

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



INDEMNITÉ POUR PRÉJUDICE PHYSIOLOGIQUE ET D'AGRÉMENT

L'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément vise à réparer l'impact, à quelque niveau que ce soit, des séquelles de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle sur la vie de l'assuré pour autant que ces effets ne soient pas indemnisés par les indemnités pour les douleurs physiques endurées et pour le préjudice esthétique et n'aient pas d'incidence économique directe évaluable en argent, c'est-à-dire ne se traduisent pas directement par une dépense ou une perte de revenu certaine.

L'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément vise donc à réparer la perte de qualité de vie dans le chef de la victime en raison des séquelles de l'accident ou de la maladie professionnelle. Elle indemnise le fait que la victime doit fournir un effort accru dans l'ensemble de ses activités professionnelles et privées en raison de l'atteinte corporelle subie. Elle répare ainsi la diminution des plaisirs de la vie causée notamment par l'impossibilité, voire la difficulté de se livrer à certaines activités, de loisir ou autre, ainsi que le fait de voir le cas échéant son espérance de vie diminuée. Cette indemnité répare également la perte de valeur de la victime sur le marché du travail.

Le préjudice physiologique et d'agrément est indemnisé par l'allocation d'un forfait calculé sur base du taux d'incapacité de travail définitif fixé par le Contrôle médical de la sécurité sociale. Les forfaits alloués augmentent plus que proportionnellement par rapport au taux fixé, ceci afin d'indemniser équitablement les conséquences multiples et souvent lourdes résultant d'un taux d'IPP élevé.

L'indemnité est payée sous forme de capital pour les taux d'incapacité de travail permanentes inférieurs ou égaux à 20 % et sous forme de paiements mensuels pour les taux supérieurs à 20 % sans possibilité de rachat.

EXEMPLES DE CAPITALISATION POUR IPP ≤ 20 % À L'INDICE 737,83

IPP en %	Capital 20 ans - Indice 737,83		Capital 40 ans - Indice 737,83		Capital 60 ans - Indice 737,83	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1	1,213 €	1,266 €	1,028 €	1,110 €	685 €	815 €
2	2,506 €	2,617 €	2,125 €	2,294 €	1,416 €	1,685 €
3	4,043 €	4,220 €	3,427 €	3,700 €	2,284 €	2,717 €
4	5,659 €	5,908 €	4,798 €	5,180 €	3,197 €	3,804 €
5	7,437 €	7,765 €	6,306 €	6,808 €	4,202 €	5,000 €
6	9,378 €	9,791 €	7,950 €	8,584 €	5,298 €	6,304 €
7	11,480 €	11,985 €	9,732 €	10,508 €	6,486 €	7,717 €
8	13,744 €	14,349 €	11,651 €	12,581 €	7,765 €	9,238 €
9	16,088 €	16,797 €	13,639 €	14,726 €	9,090 €	10,815 €
10	18,675 €	19,497 €	15,832€	17,095 €	10,551 €	12,553 €
11	21,343 €	22,282 €	18,094 €	19,536 €	12,059 €	14,347 €
12	24,173 €	25,236 €	20,493 €	22,126 €	13,657 €	16,248 €
13	27,164 €	28,359 €	23,028 €	24,865 €	15,347 €	18,259 €
14	30,317 €	31,651 €	25,702 €	27,751 €	17,129 €	20,379 €
15	33,551 €	35,027 €	28,444 €	30,711 €	18,956 €	22,552 €
16	37,028 €	38,657 €	31,390 €	33,893 €	20,920 €	24,889 €
17	40,585 €	42,370 €	34,406 €	37,149 €	22,930 €	27,280 €
18	44,303 €	46,253 €	37,559 €	40,554 €	25,030 €	29,780 €
19	48,184 €	50,305 €	40,848 €	44,105 €	27,223 €	32,389 €
20	52,145 €	54,440 €	44,207 €	47,732 €	29,461 €	35,052 €

MONTANTS MENSUELS À L'INDICE 737,83

IPP en %	Montant Indice 737,83	IPP en %	Montant Indice 737,83	IPP en %	Montant Indice 737,83	IPP en %	Montant Indice 737,83
21	214.33 €	41	650.15 €	61	1,312.19 €	81	2,200.35 €
22	230.73 €	42	677.93 €	62	1,351.25 €	82	2,250.68 €
23	247.74 €	43	706.22 €	63	1,390.81 €	83	2,301.62 €
24	265.27 €	44	735.02 €	64	1,430.99 €	84	2,353.07 €
25	283.41 €	45	764.54 €	65	1,471.79 €	85	2,405.14 €
26	302.07 €	46	794.47 €	66	1,513.09 €	86	2,457.73 €
27	321.33 €	47	825.02 €	67	1,554.91 €	87	2,510.92 €
28	341.12 €	48	856.18 €	68	1,597.35 €	88	2,564.63 €
29	361.51 €	49	887.85 €	69	1,640.29 €	89	2,618.96 €
30	382.42 €	50	920.14 €	70	1,683.86 €	90	2,673.79 €
31	403.95 €	51	952.93 €	71	1,728.03 €	91	2,729.25 €
32	426.09 €	52	986.35 €	72	1,772.72 €	92	2,785.21 €
33	448.64 €	53	1,020.28 €	73	1,817.93 €	93	2,841.79 €
34	471.91 €	54	1,054.82 €	74	1,863.74 €	94	2,898.98 €
35	495.69 €	55	1,089.87 €	75	1,909.87 €	95	2,956.59 €
36	519.98 €	56	1,125.54 €	76	1,957.12 €	96	3,014.91 €
37	544.89 €	57	1,161.73 €	77	2,004.68 €	97	3,073.75 €
38	570.41 €	58	1,198.52 €	78	2,052.75 €	98	3,133.09 €
39	596.44 €	59	1,235.83€	79	2,101.34 €	99	3,193.05 €
40	622.99 €	60	1,273.76 €	80	2,150.64 €	100	3,253.63 €

INDEMNITÉ RÉPARANT LES DOULEURS PHYSIQUES ENDURÉES

Cette indemnité vise à réparer les souffrances endurées par l'assuré jusqu'à la consolidation de ses lésions. Elle est destinée à réparer le dommage causé par les douleurs physiques spécifiques au type de blessures encourues ainsi que celles causées par les traitements chirurgicaux et thérapeutiques que leur guérison a nécessités. Elle consiste dans un forfait fixé sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale sur base d'une échelle tenant compte de la gravité du préjudice.

INDEMNITÉ POUR PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE

Le préjudice esthétique peut être défini comme la répercussion d'une atteinte anatomique ou anatomo-physiologique à la personne, entraînant chez la victime une altération de l'image qu'en ont les autres, mais aussi une altération de l'image de soi, atteinte psychologique limitée que le médecin sait être habituelle. L'importance du préjudice esthétique est appréciée en fonction des séquelles laissées par la blessure subie (p.ex. localisation et apparence des cicatrices et infirmités) et de l'âge de la victime.

Le préjudice esthétique est indemnisé par un forfait et il appartient au Contrôle médical de la sécurité sociale d'évaluer ce préjudice à l'aide d'une échelle numérique similaire quant à la graduation à celle utilisée pour la détermination du préjudice pour douleurs endurées, mais en partie différente quant aux montants.

TABLEAU DES INDEMNITÉS RÉPARANT LES DOULEURS PHYSIQUES ENDURÉES

Echelle	Douleurs endurées	Indemnités à l'indice 737,83
1	très léger	649,29 €
2	léger	1.291,20 €
3	modéré	3.231,70 €
4	moyen	8.079,24 €
5	assez important	16.151,10 €
6	important	26.923,42 €
7	très important	53.839,46 €

TABLEAU DES INDEMNITÉS POUR PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE

Echelle	Douleurs endurées	Indemnités à l'indice 737,83
1	très léger	427,94 €
2	léger	1.077,23 €
3	modéré	2.693,08 €
4	moyen	7.540,62 €
5	assez important	16.151,10 €
6	important	26.923,42 €
7	très important	53.839,46 €

LIMITATION DES PRESTATIONS

Sauf gravité exceptionnelle, les accidents du travail ou maladies professionnelles ne justifient l'octroi de prestations à charge de l'assurance accident que pendant une période limitée. Aussi les dossiers de l'AAA sont-ils clôturés

- d'office 3 mois après la survenance d'un accident qui n'a pas provoqué une incapacité de travail totale temporaire (ITT) dépassant les 8 jours consécutifs de cet accident,
- d'office 12 mois après la survenance d'un accident ayant entraîné une ITT supérieure à 8 jours,
- à tout moment par une décision susceptible de recours de l'AAA sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale.

L'octroi ultérieur des prestations en nature ou en espèces du chef de cet accident est subordonné à la présentation d'une demande de réouverture de l'assuré sur le formulaire prescrit et d'un rapport du médecin traitant justifiant la réouverture du dossier. Si le Contrôle médical de la sécurité sociale émet un avis négatif, la réouverture du dossier est refusée par une décision susceptible de recours de l'AAA.

Le formulaire de demande de réouverture d'un dossier accident pour traitement médical est téléchargeable à partir du site Internet de l'AAA : www.aaa.lu (spécimen : voir page 40).



Demande de réouverture d'un dossier accident pour traitement médical

(Avant de remplir le présent formulaire, prière de lire attentivement les informations en annexe)

(code F4)

1. Renseignements concernant le demandeur

1.01 Nom:

1.02 Prénom(s):

1.03 Matricule:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1.04 Adresse:

1.05 Téléphone:

2. Renseignements concernant l'accident ou la maladie professionnelle

2.01 Numéro d'accident:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

2.02 Est-ce que les suites de l'accident nécessitent toujours un traitement médical ?

Oui -> Lequel ?

Médicaments

Rééducation (kinésithérapie, ergothérapie, massages, cure,...)

Intervention chirurgicale

Autre traitement, prière d'indiquer lequel : _____

Non

2.03 Est-ce que l'accident a laissé des séquelles définitives ?

Oui -> Lesquelles ? _____

Non

3. Renseignements concernant l'activité professionnelle et les revenus

3.01 Est-ce qu'à ce jour vous exercez une activité professionnelle?

Oui -> Date de la 1ère reprise du travail _____

Non -> Date de la dernière journée effective de travail _____

4. Renseignements concernant votre médecin traitant

4.01 Médecin traitant:
(Nom et adresse)

4.02 Autre médecin consulté:
(le cas échéant)

5. Signature du demandeur

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

5.01 Lieu et Date: _____

5.02 Signature: _____

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

PRESTATIONS DÉPENDANCE

Si à la suite de l'accident ou de la maladie professionnelle l'assuré a un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition ou de la mobilité, l'assuré a droit aux prestations prévues en matière d'assurance dépendance, à savoir :

- en cas de maintien à domicile, les prestations en nature (prise en charge des aides et des soins fournis par un réseau d'aides et de soins, produits nécessaires aux aides et soins, appareils et adaptations du logement) ou en espèces et en dehors d'un établissement d'aides et de soins,
- en milieu stationnaire, la prise en charge des aides et soins dans un établissement d'aides et de soins.

Sont par ailleurs pris en charge les aides techniques (p. ex. fauteuils roulants), les adaptations des voitures et des logements.

En vue de l'obtention des prestations dépendance, l'assuré doit présenter une demande auprès de la Caisse nationale de santé qui statue sur avis de la Cellule d'évaluation et d'orientation.

PRESTATIONS DES SURVIVANTS

Si le décès de l'assuré a pour cause principale un accident du travail survenu ou une maladie professionnelle déclarée à partir du 1^{er} janvier 2011, les survivants ont droit à une indemnité pour dommage moral forfaitaire dont le montant est fixé à (au nombre indice 737,83) :

- 26.923,4 € pour le conjoint survivant ou le partenaire ainsi que pour chacun des enfants légitimes, naturels ou adoptifs de l'assuré décédé ;

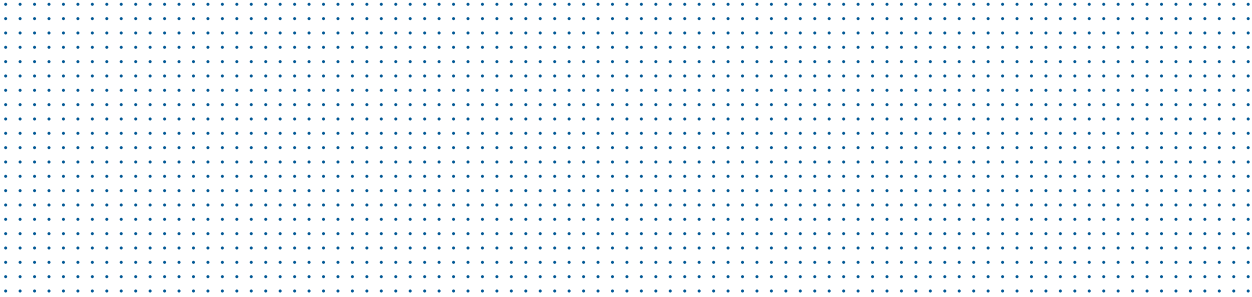
- 16.151,09 € pour chacun des père et mère de l'assuré décédé ;
- 10.764,93 € pour toute autre personne ayant vécu en communauté domestique avec l'assuré au moment du décès depuis trois années au moins.

Si le décès de l'assuré est survenu avant l'âge de 65 ans, son conjoint survivant ou partenaire ainsi que ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs ont droit à une rente de survie.

Les rentes de survie ne sont pas déterminées en faisant abstraction de l'octroi de la pension de survie au titre de l'assurance pension, mais elles sont au contraire conçues comme complément à cette pension. Bien que constituant une prestation à part à charge de l'assurance accident, le montant des rentes de survie est fixé selon le mode de calcul utilisé en matière d'assurance pension en prolongeant fictivement la carrière d'assurance sur base du revenu professionnel cotisable réalisé avant l'accident jusqu'à la date à laquelle l'assuré aurait atteint l'âge normal de la retraite. En d'autres termes, les survivants ont droit à une rente de survie qui ensemble avec la pension de survie atteint le niveau de la pension qu'ils auraient obtenu, si l'assuré avait continué à cotiser jusqu'à l'âge de 65 ans ou s'il avait bénéficié jusqu'à cet âge d'une rente complète pour avoir été atteint d'incapacité totale à la suite d'un accident du travail.

Les indemnités pour dommage moral et les rentes de survie sont accordées par l'AAA aux survivants sur demande. Les rentes de survie sont payées par la Caisse nationale d'assurance pension pour compte de l'AAA et sont soumises aux retenues fiscales et sociales.

En cas de décès d'un assuré relevant d'un des régimes spéciaux transitoires applicables aux fonctionnaires entrées en service avant le 1^{er} janvier 1999, son conjoint survivant ou son partenaire ainsi que ses



enfants ont droit, à la place de la rente de survie, à la mise en compte d'une bonification spéciale pour la détermination de leur pension.

Le formulaire de demande en obtention de prestations des survivants est téléchargeable à partir du site Internet de l'AAA: www.aaa.lu (spécimen: voir page 43).



ASSOCIATION
D'ASSURANCE ACCIDENT

Adresse postale : L-2976 Luxembourg | Guichets : 125, route d'Esch Heures d'ouverture de 08h00 à 16h00 Tél. : 261915-1 IFax : 495335 | www.aaa.lu

Demande en obtention de prestations des survivants

(Avant de remplir le présent formulaire, prière de lire attentivement les informations en annexe)

(code F11)

1. Renseignements concernant l'assuré défunt

1.01 Nom:

1.02 Prénom(s):

1.03 Matricule:

1.04 Numéro d'accident/ de maladie professionnelle:

2. Renseignements concernant le demandeur

2.01 Nom:

2.02 Prénom(s):

2.03 Matricule:

2.04 Adresse:

2.05 Téléphone:

2.06 Compte bancaire (IBAN):

2.07 Code BIC:

3. Renseignements concernant la relation avec l'assuré défunt

3.01 Quelle était votre relation avec l'assuré?

Conjoint Partenaire Père Mère

Orphelin agé de plus de 18 ans en préparation de la future profession
Veuillez joindre un **certificat de survie** d'une instance officielle

Personne ayant vécu en communauté domestique avec l'assuré depuis le
Veuillez joindre un **certificat de résidence** ou un **certificat de composition de ménage** d'une instance officielle (p.ex. commune)

4. Renseignements concernant les orphelins âgés de moins de 18 ans

4.01 Nom et prénom(s):

4.02 Matricule ou date de naissance:

4.03 Adresse:

5. Renseignements concernant le médecin ayant constaté le décès

5.01 Médecin ayant constaté le décès:
(Nom et adresse)

6. Signature du demandeur

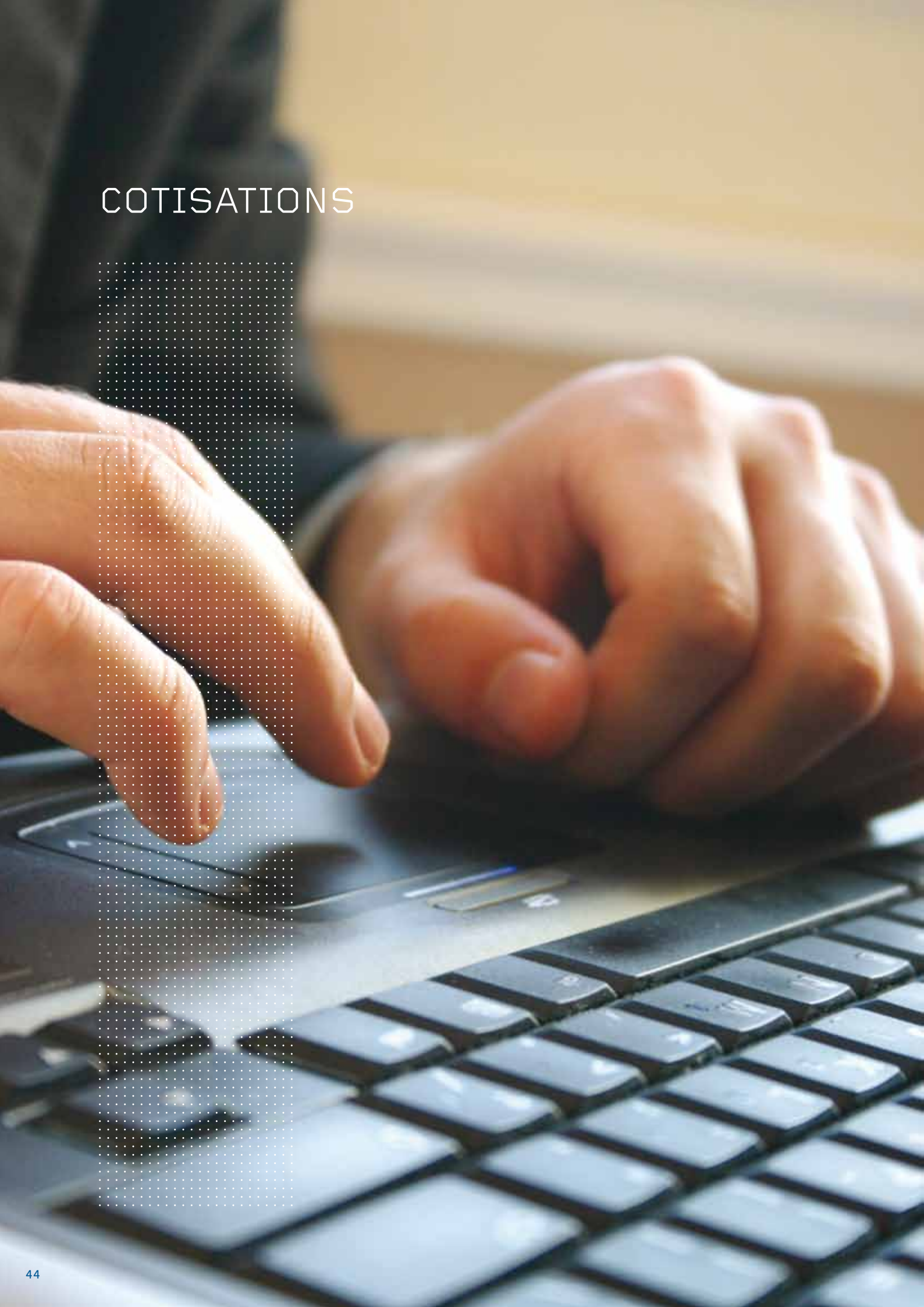
Je confirme l'exactitude des déclarations ci-dessus et m'engage en outre à fournir tous les changements ultérieurs y relatifs.

6.01 Lieu et date:

6.02 Signature:

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

COTISATIONS



ASSURANCE OBLIGATOIRE

Les dépenses de l'assurance obligatoire sont financées par des cotisations à charge des employeurs ou des assurés non-salariés.

Jusqu'en 2010, les cotisants étaient répartis en 21 classes en fonction de la nature de l'activité assurée. Pour chaque classe, l'AAA fixait annuellement un taux de cotisation différent pouvant aller jusqu'à 6 %.

A partir de l'exercice 2011, le régime général est financé solidairement par les cotisants quel que soit le risque d'accident inhérent à l'activité qu'ils exercent. Aussi le comité directeur de l'AAA fixe-t-il chaque année un taux de cotisation unique pour l'exercice à venir de manière à :

- couvrir les dépenses courantes prévues par le budget de l'AAA pour l'exercice à venir,
- constituer la réserve légale qui ne peut être inférieure aux dépenses courantes de l'avant-dernier exercice.

Après approbation par le Ministre de la sécurité sociale, le taux de cotisation est publié au Mémorial.

Il est prévu d'introduire par règlement grand-ducal un système bonus/malus diminuant ou augmentant le taux de cotisation unique au maximum jusqu'à concurrence de 50 %. A cet effet, les cotisants sont répartis en classes de risques. La diminution ou la majoration se fait en fonction du nombre, de la gravité ou des charges des accidents au cours d'une période d'observation récente d'une ou de deux années. Il n'est tenu compte ni des accidents de trajet ni des maladies professionnelles.

Les cotisations d'assurance accident des salariés sont entièrement à charge de l'employeur, ceux des assurés non salariés à charge de ces derniers. Elles sont perçues par le Centre commun de la sécurité

sociale ensemble avec les cotisations d'assurance maladie et d'assurance pension avec application d'un maximum cotisable correspondant au quintuple du salaire social minimum. Le minimum cotisable équivaut au salaire social minimum, étant entendu qu'en cas de travail à temps partiel il est fait application du salaire minimum horaire.

Les cotisations des salariés sont calculées sur base des rémunérations déclarées mensuellement par les employeurs pour leurs salariés affiliés préalablement à la sécurité sociale. Il existe une procédure simplifiée pour les salariés occupés dans le ménage privé de l'employeur avec lesquels celui-ci a convenu un salaire net. Cette procédure évite à l'employeur la déclaration mensuelle du salaire et comprend le recouvrement des impôts pour compte de l'Administration des Contributions directes.

L'assiette servant de base au calcul des cotisations à charge des assurés non salariés est la même que celle qui sert de base à la fixation des cotisations d'assurance maladie et d'assurance pension. Pour les assurés indépendants l'assiette correspond au revenu fiscal de l'exercice en cause communiqué par l'Administration des contributions directes. Pour les professions agricoles, les cotisations sont déterminées sur base du revenu de l'exploitation agricole déterminé forfaitairement sur base des productions végétales et animales au cours de l'année précédant l'exercice de cotisation (marges brutes standard).



ASSURANCE AGRICOLE VOLONTAIRE

Les cotisations sont fixées annuellement en fonction de la surface des terrains cultivés et la nature de la culture, à savoir :

- terres agricoles,
- forêts et pépinières,
- vignobles, vergers et maraîchages.

Les montants à payer par hectare pour chacune de ces trois natures de culture sont fixés chaque année par le comité directeur de l'AAA sur base, d'une part, des dépenses de l'exercice précédent à charge de l'assurance volontaire et, d'autre part, de la surface totale déclarée par les assurés.

A la demande du Centre commun de la sécurité sociale, les assurés volontaires sont tenus de déclarer chaque année la surface en hectares exploitée en qualité de propriétaire ou de locataire, séparément pour chaque nature de culture. Les cotisations afférentes sont perçues à la fin de l'exercice par le même centre.

RÉGIMES SPÉCIAUX EXTRAPROFESSIONNELS

Les prestations des régimes spéciaux couvrant certaines activités extraprofessionnelles et les frais d'administration afférents sont remboursés par l'Etat à l'AAA.

COMMENT NOUS JOINDRE ?

INTERNET

www.aaa.lu

GUICHET

ouvert de 8:00 à 16:00 heures

ADRESSE POSTALE

125, route d'Esch
L-2976 Luxembourg

STANDARD TÉLÉPHONIQUE

Tel.: +352-26 19 15 - 1
Fax: +352-49 53 35

