

# Anzeige eines körperlichen Unfalls

Policennummer: 39.901.104



## Preneur d'assurance:



KLJ & Groene Kring vzw  
Diestsevest 32 bus 3b - 3000 Leuven  
Contactpersoon: Veronique Celis 016 47 99 96 - verzekeringen@klj.be

## Versichertes KLJ-Mitglied

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

Mann  Frau

Straße

Hausnummer

bus

PLZ

Gemeinde

Telefonnummer

Email

Bezahlung auf Kontonummer

auf den Namen von

KLJ-Dorfgruppe

Mitgliedsnummer (wird durch KLJ eingefüllt)

Verwandschaft mit dem Versicherungsnehmer: **Versicherter**

Nur für Minderjährige: Name des Vaters (der Mutter oder Vormundes): .....

## Allgemeine Auskünfte zum betreffenden Unfall

Ort

Tag

Datum

heure

Polizeil. aufgenommen.

ja  nein

Protokollnummer

Datum

Uhrzeit

Der Unfall geschah:  auf dem Weg zu einer KLJ-Aktivität  während einer KLJ-Aktivität

Art der Aktivität (z.B. Waldspiel, Dorfspiel, Aktivität auf der Wiese,...): .....

Genaue Beschreibung der Ursache und der Umstände: .....

## Haftpflicht

eventuell haftbarer Dritter – Name und Adresse

Versicherungsgesellschaft

Nummer der betreffenden Haftpflicht-Police

Aufgestellt am ..... in .....

**Unterschrift des versicherten Mitglieds/Leiters oder  
volljährigen Leiters**

stempel KLJ & Groene Kring vzw

# Ärztliche Bescheinigung

## Arzt

Name und Adresse (oder Stempel)

.....  
.....  
.....

## Opfer

Name

Unfalldatum

..... / ..... / .....

1. Art der Verletzungen

.....  
.....  
.....

2. War das Opfer bereits mit Verletzungen oder Krankheiten behaftet, die den Fall verschlimmert haben?  ja  nein

Welche? .....

.....  
Seit wann? .....

3. Wann ist der Arzt zum ersten Mal herbeigeholt worden?

Datum .....

Name und Wohnort dieses Arztes .....

4. Das Opfer ist:

vollständig arbeitsunfähig      Beginndatum ..... vermutliches Enddatum .....

teilweise arbeitsunfähig  
..... % Beginndatum ..... vermutliches Enddatum .....

..... % vermutliches Beginndatum ..... vermutliches Enddatum .....

imstande, seine normale Arbeit weiter zu verrichten.

5. Wo wird das Opfer weiterhin behandelt werden?

Name und Wohnort dieses Arztes .....

*Wichtig: Die Zustimmung der Krankenkasse für die physiotherapeutische Behandlung muss beantragt werden unter Angabe a) der Art der Leistungen, b) der Anzahl der Leistungen, c) der Stelle, d) der vermutlichen Dauer und e) der medizinischen Gründe dieser Behandlung. Wenn das Opfer die Leistungen der Krankenkasse nicht in Anspruch nehmen kann, ist die Anfrage an KBC Versicherungen zu richten.*

6. Sind für die Zukunft schlimme Folgen zu befürchten?  ja  nein

Welcher Art würden diese sein? (z.B. Tod, dauernde Arbeitsunfähigkeit usw.)

.....  
.....  
.....  
.....

Aufgestellt am .....

Der Arzt, (Unterschrift)

**Volledig ingevuld terugsturen naar:**  
**KLJ & Groene Kring vzw**  
**Diestsevest 32 bus 3b - 3000 Leuven**  
**Fax 016 47 99 95 - [verzekeringen@klj.be](mailto:verzekeringen@klj.be)**