

# Déclaration de dommages accident corporel

Numéro police: 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

## Membre assuré de la KLJ

nom, prénom

date de naissance

sexe

masculin  féminin

rue

numéro

boîte

code postal

commune

téléphone n°

email

paiement via compte

au nom de

groupe de la KLJ

Inuméro de membre (à remplir par la KLJ)

parenté avec le preneur d'assurance: **assuré**

uniquement pour mineurs d'âge: nom du père (de la mère ou du tuteur): .....

## Renseignements généraux concernant l'accident

lieu

jour

date

heure

procès-verbal

oui  non

numéro P.V.

date

dressé par

l'accident s'est produit:  osur le chemin des activités de la KLJ  pendant une activité de la KLJ

Nature de l'activité (par. ex. jeux de bois, jeux de village, jeux de prairie,...) .....

Description exacte des causes et circonstances: .....

## Responsabilité

Tiers responsable éventuel – nom et adresse

société d'assurances

numéro de la police responsabilité civile concernée

Fail le ..... à .....

Signature du membre assuré/responsable ou responsable majeur

stempel KLJ & Groene Kring vzw

# Certificat médical

## médecin

nom et adresse (ou cachet)

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

## victime

nom

.....

date accident

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

1. Nature des blessures

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

2. victime avait-elle déjà des lésions ou maladies qui ont aggravé le cas?  oui  non

Lesquelles? .....

.....

Depuis quand ? .....

3. Quand a-t-on demandé pour la première fois l'aide du médecin?

date .....

nom et domicile de ce médecin .....

4. La victime est:

totalement incapable de travailler date début ..... date fin probable .....

partiellement incapable de travailler  
à ..... % date début ..... date fin probable .....

à ..... % date début probable ..... date fin probable .....

en état de reprendre normalement le travail.

5. Où la victime sera-t-elle soignée à l'avenir?

nom et domicile de ce médecin .....

*Important: Pour un traitement physiothérapeutique, il faut demander l'autorisation de la mutuelle en mentionnant a) la nature des prestations, b) le nombre de séances, c) la localisation, d) la durée probable et e) les raisons médicales du traitement. Si la victime ne peut pas invoquer l'intervention de la mutuelle, cette demande doit être adressée à KBC Assurances*

6. Y a-t-il de graves séquelles à craindre?  oui  non

Quelles seraient-elles? (par. ex. décès, incapacité permanente de travail, etc.)

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

Fait le .....

le médecin, (signature)

**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)**