

Anzeige eines körperlichen Unfalls

Policennummer: 39.901.104



Versicherungsnehmer:



KLJ & Groene Kring vzw
Waversebaan 99 - 3050 Oud-Heverlee

Dieses Formular kannst Du auf www.kljostbelgien.be downloaden

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

/ /

Uhrzeit

.....

Polizeil. aufgenommen.

ja nein

Protokollnummer

.....

Datum

/ /

aufgenommen von

.....

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)

**Formular vollständig ausgefüllt an das
KLJ-Büro senden:
Kirchgasse 4, 4700 Eupen
Fax: 087/55 80 41**