

# Meldung eines Unfalls mit Dritten

Policennummer: 39.901.104



## Versicherungsnehmer:



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

Contactpersoon: Veronique Celis (016) 47 99 96 - [verzekeringen@klj.be](mailto:verzekeringen@klj.be)

Dieses Formular kannst Du auf [www.kljostbelgien.be](http://www.kljostbelgien.be) downloaden

## 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)

Haftpflicht:

Versicherungsagentur

Versicherungsnehmer

Police-Nummer

## Allgemeine Auskünfte zum betreffenden Unfall

Ort

Datum

Uhrzeit

Polizeil. aufgenommen.: Protokollnummer

aufgenommen von

Datum

Uhrzeit

ja  nein

Wurde eine Blutprobe, ein Atemtest oder eine Blutanalyse durchgeführt?

## Gegenpartei 1

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

Hausnummer

bus

PLZ

Gemeinde

Telefonnummer

Email

Versicherungsagentur

Versicherungsnehmer

Police-Nummer

Nur ausfüllen, wenn ein Fahrzeug der Gegenpartei in den Unfall verwickelt ist

Art des Fahrzeugs

Marke des Fahrzeugs

Kennzeichen

## Gegenpartei 2

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

Hausnummer

bus

PLZ

Gemeinde

Telefonnummer

Email

Versicherungsagentur

Versicherungsnehmer

Police-Nummer

Nur ausfüllen, wenn ein Fahrzeug der Gegenpartei in den Unfall verwickelt ist

Art des Fahrzeugs

Marke des Fahrzeugs

Kennzeichen

## Unfallschilderung

Wer hat den Unfall verursacht? .....

Geben Sie eine genaue Beschreibung der Ursache und Umstände des Unfalls: .....

## Schaden des versicherten Mitglieds der KLJ

Name des Geschädigten: .....

Erlittene Körperverletzungen: .....

Name und Adresse des behandelnden Arztes: .....

## Schaden der Gegenpartei 1

Name des Geschädigten: .....

Genaue Beschreibung des Sachschadens: .....

Erlittene Körperverletzungen: .....

Name und Adresse des behandelnden Arztes: .....

## Schaden der Gegenpartei 2

Name des Geschädigten: .....

Genaue Beschreibung des Sachschadens: .....

Erlittene Körperverletzungen: .....

Name und Adresse des behandelnden Arztes: .....

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

## Unterschrift des versicherten Mitglieds/Leiters oder volljährigen Leiters

.....

stempel KLJ & Groene Kring vzw

## Ansprechpartner der KLJ-Gruppe (Hauptleiter oder Schriftführer)

Name: .....

Telefon: .....

Mobil: .....

Email: .....

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