

# Aangifte van een lichamelijk ongeval

Polisnumnr: 39.901.104



## Verzekeringnemer:



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

## Verzekerd lid/bestuurslid KLJ

naam, voornaam

.....

geboortedatum

/ /

geslacht

man  vrouw

straat

.....

huisnummer

.....

bus

.....

postcode

.....

gemeente

.....

telefoonnummer

.....

email

.....

betaling via rekeningnummer

B E

op naam van

.....

KLJ afdeling

.....

lidnummer (ingevuld door KLJ nationaal)

.....

verwantschap met verzekeringnemer: **verzekerde**

enkel voor minderjarigen: naam vader (moeder of voogd): .....

## Algemene inlichtingen betreffende het ongeval

plaats

.....

dag

.....

datum

/ /

uur

.....

procesverbaal

ja  neen

PV-nummer

.....

datum

/ /

opgemaakt door

.....

het ongeval gebeurde:  op de weg van of naar de KLJ activiteit  op de KLJ activiteit

aard van de activiteit (bv.: bosspel, pleinspelen, dorpsspel, ...): .....

nauwkeurige omschrijving van oorzaak en omstandigheden: .....

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

## Aansprakelijkheid

eventueel aansprakelijke derde - naam / adres / telefoon / email

.....

verzekeringsmaatschappij

.....

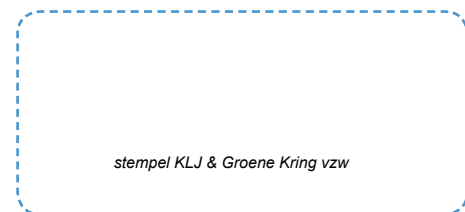
nummer van de betrokken polis burgerrechtelijke aanspr.

.....

Opgemaakt te ..... op .....

Handtekening verzekerd lid/ bestuurslid of meerderjarig bestuurslid

.....



stempel KLJ & Groene Kring vzw

# Geneeskundig getuigschrift

## dokter

naam en adres (of stempel)

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

## slachtoffer

naam

.....

datum ongeval

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

1. Aard van de verwondingen

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

2. Had het slachtoffer al letsel of ziekten die het geval verergerd hebben?  ja  neen

Welke? .....

.....

Sedert wanneer? .....

3. Wanneer heeft men voor de eerste maal de hulp van de dokter ingeroepen?

datum .....

naam en woonplaats van die dokter .....

4. Het slachtoffer is:

volledig arbeidsongeschikt      begindatum ..... vermoedelijke einddatum .....

gedeeltelijk arbeidsongeschikt  
..... % begindatum ..... vermoedelijke einddatum .....

..... % vermoedelijke begindatum ..... vermoedelijke einddatum .....

in staat zijn gewoon werk voort te zetten

5. Waar zal het slachtoffer voortaan verzorgd worden?

naam en woonplaats van die dokter .....

*Belangrijk: Toestemming voor fysiotherapeutische behandeling dient aan het ziekenfonds aangevraagd te worden, met vermelding van a) aard van de prestaties, b) aantal zittingen, c) lokalisatie, d) vermoedelijke duur en e) medische redenen van de behandeling.*

*Als het slachtoffer geen aanspraak kan maken op tegemoetkoming van het ziekenfonds, dient deze aanvraag aan KBC Verzekeringen te worden gedaan.*

6. Zijn er ergere gevolgen te vrezen voor de toekomst?  ja  neen

Waarin zouden deze bestaan? (bv. overlijden, blijvende arbeidsongeschiktheid, enz.)

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

Opgemaakt op .....

de dokter, (handtekening)

**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)**