

CLAIMFORMULIER ONGEVALLLENVERZEKERING

CAMPING KEY EUROPE

Claimformulier opsturen naar:

TMP-access AB, Solid Skadeavdelning, Sveavägen 159, 113 46 Stockholm, Zweden

Telefoon: +46 (0)42-450 33 45

1. Persoonlijke gegevens

Naam:		BSN:
Adres:		Telefoon:
Postcode:	Plaats:	06-nummer:
E-mailadres:		

2. Rekeningnummer voor overmaken van vergoeding

Rekeninghouder:	Bank:
SWIFT-code:	IBAN-nummer:

3. Omschrijving van de schade

Datum van het schadegeval:	Waar heeft de schade plaatsgevonden?
Beschrijf hoe de schade is ontstaan:	
Indien het een ongeval betreft, vermeld het type / de diagnose:	
Naam arts en/of ziekenhuis/medisch centrum:	
Adres:	Telefoonnummer:
Wanneer bent u bij de arts of andere medische zorgverlener geweest?	
Hebt u de claim ingediend bij een andere verzekeringsmaatschappij? Zo ja, welke?	Polisnummer:

Aanvullende informatie:

Vermeld hier eventuele kosten die u gemaakt hebt in verband met het ongeval en sluit de originele kwitanties bij.

Indien u met eigen auto naar een medisch zorgverlener bent gegaan, vermeld dan hier de route en de afstand in kilometers.

4. Ondertekening en volmacht

Hierbij verklaar ik dat de informatie die ik verstrekt heb volledig en correct is. Ik machtig de artsen, ziekenhuizen, andere verzekeringsinstanties voor medische instellingen (waaronder het bureau sociale verzekeringen) om Solid Försäkringar de informatie over mijn gezondheidstoestand te verstrekken die zij noodzakelijk achten om mijn claim te kunnen beoordelen. Voorts geef ik Solid Försäkringar in dezen het volledige beschikkingsrecht over eventuele ongebruikte kaarten.

Datum

Handtekening

Indien de claim een minderjarige betreft, is de handtekening van een wettelijk voogd vereist.