

SKADEANMÄLAN OLYCKSFALLSFÖRSÄKRING
CAMPING KEY EUROPE**1. Kontaktuppgifter**

För- och efternamn:		Personnummer:
Adress:		Telefon:
Postnummer:	Postort:	Mobilnr:
e-post:		

2. Konto vid utbetalning av ersättning

Kontoinnehavare:	Bank:
Clearingnr:	Kontonummer:

3. Skadehändelse

Skadedatum:	Var inträffade skadan:
Beskriv skadehändelsen:	
Vid olycksfall, ange enligt diagnos:	
Läkarens namn alt. Sjukhus/vårdcentralens:	Telefonnummer:
Adress:	
Vilket datum anlätades läkare eller annan vårdgivare:	
Är händelsen anmäld till annat försäkringsbolag? Om ja, vilket:	Försäkringsnummer:
Kompletterande uppgifter:	
Om du haft kostnader i samband med olycksfallet, ange vilka och bifoga originalkvitton:	
Om resor med egen bil, ange sträcka och antal kilometer:	

4. Underskrift

<i>Jag försäkrar härmed att de uppgifter jag lämnat är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger även att läkare, sjukhus, annan vårdanstalt, försäkringsinrättning (inkl. allmän försäkringskassa) får lämna Säkra de upplysningar om mitt hälsotillstånd om bolaget anser sig behöva för att bedöma mitt ersättningsanspråk. Vidare ger jag Säkra Göta full rådgighet över eventuellt utnyttjade biljetter i ärendet.</i>	
Datum:	Underskrift: