

FORMULAIRE DE DECLARATION DE SINISTRE

CAMPING KEY EUROPE

Ce formulaire de déclaration d'accident doit être envoyé à :
 TMP-Access, Säkra Claims department, Sveavagen 159, 113 46 Stockholm
 Phone: +46(0)8 540 804 40

.Informations Personnelles :

Nom :		N° d'identification:
Adresse :		Téléphone fixe :
Code Postal :	Ville :	Téléphone portable :
E-mail:		

2 Compte Bancaire sur lequel sera fait le remboursement :

Titulaire du compte :	Banque :
SWIFT :	IBAN :

3. Circonstance du sinistre :

Date du sinistre :	Lieu :
Circonstances :	
Si accident – nature du sinistre/diagnostique :	
Nom du médecin/établissement médical/hôpital :	
Adresse :	Téléphone :
Date de la visite chez le médecin/établissement médical/hôpital :	
Le sinistre a-t-il été déclaré à une compagnie d'assurance ? :	N° de la police d'assurance :
Si oui, laquelle ? :	
Informations additionnelles :	
Si vous avez eu des frais liés à l'accident, joindre les originaux des reçus en témoignant :	
Si vous avez utilisé votre propre véhicule pour vous rendre chez le médecin/établissement médical/hôpital, indiquez l'itinéraire et la distance en kilomètres de vos déplacements :	

4. Signature et procuration :

Je déclare les renseignements fournis précédemment complets et véridiques. J'autorise les médecins/établissements médicaux/hôpitaux (y compris la compagnie d'assurance) à fournir les informations quant à mon état de santé à Solid Försäkringar s'ils estiment nécessaires d'obtenir ces informations pour apprécier ma demande d'indemnisation. En outre, j'autorise Solid Försäkringar à disposer de l'ensemble des tickets qui n'auraient pas été utilisés.

Date:	Signature:	Si la demande concerne un mineur, signature du parent ou tuteur légal :
-------	------------	---