

CLAIM FORM ACCIDENT INSURANCE

CAMPING KEY EUROPE

1. Personal information *Gegevens CKE-kaarhouder*

Name <i>Naam</i>		Social security number/date of birth/ <i>BSN-nummer/geboortedatum</i>	
Address <i>Adres</i>			
Postal code <i>Postcode</i>	City <i>Woonplaats</i>	Country <i>Tand</i>	
Phone.no <i>Telefoonnummer</i>	Mobile.no <i>Mobiele nummer</i>		
e-mail <i>E-mail</i>	Card.no <i>CKE-kaart nummer</i>		

2. Account when reimbursing the claim compensation *Gegevens CKE-kaarhouder*

Account holder <i>Naam kaarthouder</i>	Bank <i>Naam bank</i>
SWIFT code <i>BIC-code, nodig voor buitenlandse betaling</i>	IBAN.no <i>IBAN nummer</i>

3. Event of claim *Voorval schadeclaim*

Date of damage <i>Datum schade</i>	Where did the damage occur <i>Waar vond de schade plaats</i>
Describe how the damage occurred <i>Beschrijving totstandkoming schade</i>	
If accident – state kind /diagnosis <i>In het geval van een ongeluk - beschrijf het soort ongeluk</i>	
Name of the doctor and / or hospital/medical centre <i>Naam arts en/of ziekenhuis/medisch centrum</i>	Phone.no <i>Telefoonnummer</i> +31...
Address <i>Adres</i>	
Which date did you visit the doctor or other medical caregiver <i>Op welke datum hebt u een arts/ziekenhuis bezocht</i>	
Is the incident reported to another insurance company? If yes, which? <i>Is de schade gemeld bij een andere verzekeringsmaatschappij? Zo ja, welke maatschappij?</i>	Policy.no <i>Polisnummer</i>
Additional information <i>Extra informatie m.b.t. de schade</i>	
If you have had any costs related to the accident, state which and enclose receipts in original <i>Indien u kosten hebt gemaakt naar aanleiding van het ongeluk, omschrijf welke kosten en voeg de originele bonnen bij dit formulier</i>	
If you have used your own transportation to a medical caregiver, state the route and distance in kilometer/ <i>Als u met eigen vervoer naar een arts/ziekenhuis heeft gereisd, beschrijf dan de route en afstand in kilometers</i>	

4. Signature *Handtekening*

<p>I hereby ensure that the information I have given is comprehensive and truthful. I even authorize the doctor, hospital, other medical institutes, insurance establishment (including the social insurance office) to provide information about my health state to Söderberg & Partners that they consider to need in order to assess my claim for compensation. Furthermore, I give Söderberg & Partners full right of disposition of any unused tickets in this matter.</p> <p><i>Ik garandeer u hierbij dat de informatie die ik heb gegeven volledig en waarheidsgetrouw is. Ik machtig zelfs de arts, het ziekenhuis, andere medische instituten, de verzekeringsinstelling (inclusief het sociale verzekeringskantoor) om informatie over mijn gezondheidstoestand te verstrekken aan Söderberg & Partners die zij nodig achten om mijn vordering tot schadevergoeding te beoordelen. Bovendien geef ik Söderberg & Partners alle recht op de beschikking over ongebruikte tickets in deze kwestie.</i></p>	
Date <i>Datum</i>	Signature <i>Handtekening</i>