

Die Schadenmeldung schicken an:

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

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

SEITE 1/2

Beobachten! Das Formular soll auf Seite 2 unterschrieben werden

I. Beantworten bei allen Arten von Ereignissen:

Versicherungsnummer/Buchungsreferenz:		
Name:		Personenkennzeichen:
Adresse:		Telefon:
Postleitzahl:	Ort:	Mobiltelefonnummer:
E-mail:		
Wenn der Schaden beim Autourlaub entstanden ist, Autokennzeichen angeben:		

2. Konto beim Auszahlung des Versicherungsentschädigung:

Kontoinhaber:	Bank:
Clearingnummer (SWIFT):	Kontonummer (IBAN):

3. Die Reise ist eine

<input type="checkbox"/> Dienstreise	Betrieb:	
<input type="checkbox"/> Private Reise:	Reiseveranstalter:	
Abreise:	Rückreise:	Bestimmung:

4. Angaben über Mitversicherten:

Nachname:	Vorname:	Personenkennzeichen:
Nachname:	Vorname:	Personenkennzeichen:
Nachname:	Vorname:	Personenkennzeichen:
Nachname:	Vorname:	Personenkennzeichen:

5. Übrige Versicherungen:

Gibt es Hausrat-/Hausversicherung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Betrieb:
Gibt es andere gültige Versicherungen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Betrieb:
Haben Sie Ihre Reise mit Bezahl- oder Kreditkarte bezahlt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welche Karte angeben: Bank: Kartennummer:
Haben Sie das Ereigniss an einer von obenstehenden angemeldet?	<input type="checkbox"/> ein <input type="checkbox"/> Ja	Aktenzeichen:

6. Selbstbeteidigungsschaden:

Selbstbeteidigung betrifft: <input type="checkbox"/> Hausrat-/Hausversicherung <input type="checkbox"/> Mietwagenversicherung <input type="checkbox"/> Autoversicherung Autokennzeichen			
Selbstbeteidigung Euro:	Versicherungsinstitut:	Versicherungsnummer:	Schadendatum:
Schadenursache und Platz:			

7. Wann entstand der Schaden/die Krankheit/wurde der Eigentumsverlust entdeckt?

Date:

8. Beschreiben Sie den Ereigniss/die Krankheit im Detail (Sie können gerne eine separate Beschreibung hinzufügen):

<hr/> <hr/>

9. Ausfüllen bei Krankheit/Unfall/Schaden:

Wann war der erste Besuch beim Arzt? Datum:			
Krankenhausaufenthalt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Yes	Von:	Bis:	Werden Sie immer noch behandelt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie früher gleiche oder ähnliche Krankheit/Schaden gehabt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Wann:	

10. Ausfüllen bei Diebstahl/Verlust von Eigentum:

An wem ist der Diebstahl/Verlust berichtet? Originalakten müssen beifügt sein.	<input type="checkbox"/> Polizei	<input type="checkbox"/> Speditionsgesellschaft				
	<input type="checkbox"/> Übrigen					
Wo waren die Gegenständen aufbewahrt als der Schaden eintraf	<input type="checkbox"/> Auto	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Zug	<input type="checkbox"/> Flugzeug	<input type="checkbox"/> Hotell	<input type="checkbox"/> Autobus
	<input type="checkbox"/> Reisetasche <input type="checkbox"/> Handtasche <input type="checkbox"/> Übrigen:					
War die Ablage verschlossen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja					
Was there any sign of burglary?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welche:					

11. Schadenereigniss:

Beschreiben Sie wie der Schaden erstanden ist:

12. Ausfüllen bei verspätete Reise/verspätetes Reisegepäck:

Wann sollten Sie an die Bestimmung ankommen?	Wann sind Sie angekommen?
Wann sollte das Reisegepäck an die Bestimmung ankommen?	Wann ist das Reisegepäck angekommen?

13. Entschädigungsanspruch:

Bei Behandlungskosten, bitte angeben was die Verifizierung beabsichtigt Bei Eigentum soll, Gegenstand, Fabrikmarke und Modell angegen werden	Ausfüllen bei Eigentum			Entschädigungsanspruch
	Einkaufjahr	Einkaufspreis	Neupreis	

14. Unterschrift und Vollmacht

Ich versichere hierbei das die Angaben die ich angegen habe vollständig und wahrhaft sind. Ich bewillige auch das Ärzte, Krankenhaus, andere Behandlungszentralen, Versicherungseinrichtungen (einschließlich allgemeine Versicherungskasse) Information über meine Gesundheit das die Versicherungsgesellschaft braucht um meine Entschädigungsansprüche geurteilen zu können an Solid Försäkring ausliefern darf. Weiter gebe ich Solid Försäkringar volle Entschlossenheit über eventuelle nicht genützte Billetten in der Angelegenheit.		
Datum:	Unterschrift:	Wenn die Meldung ein Unmündiger beabsichtigt gilt die Unterschrift des Sorgeberechtigter