

**1. Kontaktuppgifter**

Namn		Personnummer	
Adress			
Post.nr:	Postort:	Land:	
Telefon.nr:		Mobil.nr:	
E-post:		Kort.nr:	

**2. Konto vid utbetalning av ersättning**

Kontoinnehavare:	Bank:
Clearing.nr:	Konto.nr:

**3. Skadehändelse**

Skadedatum:	Var inträffade skadan:
Namn på camping:	Adress till camping:
Inträffade incidenten inom campingområdet eller under en aktivitet som anordnades av campingen?	
Kontaktuppgifter till campingen:	
Beskriv skadehändelsen:	

Vid olycksfall, ange diagnos:	
Läkarens namn alt. Sjukhus/vårdcentralens:	Telefon.nr:
Adress:	
Vilket datum anlätades läkare eller annan vårdgivare:	
Är händelsen anmält till annat försäkringsbolag? Om ja, vilket:	Försäkrings.nr:
Annan relevant försäkring som kan täcka skadan? Om ja, vilken?	Försäkrings.nr:
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 samt försäkringsinrättning (inkl. allmän försäkringskassa) får lämna balticfinance eller den part som handlägger ärendet de upplysningar om mitt hälsotillstånd som bedöms nödvändiga för att pröva mitt ersättningsanspråk.</i>	
Datum:	Underskrift: