

**Hierbij verzoek ik TVM letselschaderegeling
de belangenbehartiging bij letselschade
op zich te nemen.**

Gegevens intermediair

Bedrijfsnaam _____ Contactpersoon _____
Referentie _____
Straat _____
Postcode _____ Plaats _____
Telefoon _____ Fax _____
E-mail _____

Gegevens slachtoffer

Naam _____
Straat _____
Postcode _____ Plaats _____
Telefoon overdag _____ Telefoon 's avonds _____
E-mail _____

Korte gegevens schadegeval

Datum ongeval _____
Plaats _____ Land _____
1. Is er sprake van een verkeersongeval? ja / nee* _____ 2. Is er sprake van een bedrijfsongeval? ja / nee* _____
3. Is er sprake van een medisch ongeval? ja / nee* _____ 4. Anders, namelijk _____

Aard van het letsel: _____

Is een derde partij aansprakelijk? ja / nee* _____

*(omcirkel het juiste antwoord)

Mededeling _____



TVM letselschaderegeling Nederland B.V. | Van Limburg Stirumstraat 250 | postbus 130 | 7900 AC Hoogeveen
tel.: +31 (0)528 292 22 88 | fax: +31 (0)528 29 22 75 | letselschaderegeling@tvm.nl | www.tvm.eu