BELKIN | Belkin Limited

| Claim no. (For office use only) |
|---|
| |

**ANVÄND VERSALER (stora bokstäver) NÄR DU FYLLER I BLANKETTEN**

Om dig:

| Adress: |
|---|
| |

Datum:

| Titel: | Efternamn: |
|---|---|
| Förnamn: | |
| Telefon: | |
| Mobil: | |
| Fax: | |
| E-Post adress | |

Om Ert Belkin Produkt:

| Modellnummer: | Inköpsdatum: | Plats där produkten köpts: |
|---|---|---|
| | | |

Om ersättningen:

| Grund för ersättning: | Skadedatum: |
|---|---|
| | |

Ange alla enheter/utrustningar som var anslutna till Belkin produkten den dagen skadan skedde. Ange också om utrustningen tog skada och fyll i hur mycket det kostade/kommer att kosta Er att få den reparerad eller ersatt

| Utrustning/Produkt: | Tillverkare/Märke | Serie nummer | Skadad? | Kostnads belopp (reparation eller ersättning) |
|---|---|---|---|---|
| | | | Ja / Nej | |
| | | | Ja / Nej | |
| | | | Ja / Nej | |
| | | | Ja / Nej | |
| | | | Ja / Nej | |
| | | | Ja / Nej | |
| | | | Ja / Nej | |
| | | | Total: | |

Tilläggs-Information:

| Har ni någon typ av försäkring för ägodelar i ert hem d v s försäkrad egendom för produkter ni hyr, lånar eller äger ? Ja/Nej | |
|---|---|
| Om Ert svar är ja, vilket är Ert försäkringsbolag? | |
| Har Ni själv lämnat/sänt försäkringsansökan? | |
| Ange självrisken: | Ange Ärendenummer/förskringsnummer: |
| Ange ombudsmannens namn och kontakt-telefon nummer: | |

**Med nedanstående underskrift försäkrar jag att lämnade uppgifter är korrekta. Jag är införstådd med att ersättningskraven kan nekas om informationen är felaktig.**

Underskrift _____ Namnförtydligande _____ Datum _____

BELKIN® | Belkin Limited

**SKICKA BLANKETTEN MED DEN SKADADE BELKIN PRODUKTEN.**