

Försäkringstagare

Namn	Efternamn	Personnummer - 10 siffror
Utdelningsadress		Postnr och postort
Telefon dagtid		Mobil
Mejl		Momsplikt Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Utbetalning önskas till Bankkonto <input type="checkbox"/> Personkonto <input type="checkbox"/>		Nummer - Vid bankkonto ange även clearingnummer

Förare, om annan än försäkringstagaren

Namn	Efternamn	Personnummer - 10 siffror
Utdelningsadress		Postnr och postort
Telefon dagtid	Mobil	Mejl

Fordonsuppgifter

Registreringsnummer	Fabrikat och modell	
Årsmodell	Inköpsdatum	Inköpspris

Skadehändelse

När hände skadan (datum och klockslag)	Skadeplats
--	------------

Har polis varit på plats/känner till skadan? Om ja, polisen i

Händelseförlopp (beskriv kortfattat)

Synliga skador på ATV:n

Finns ATV:n på verkstad Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om ja, ange namn, telefonnummer och ort
---	---

 Har du drabbats av personskada
Ja Nej

Om ja, beskriv kortfattat

 Sjukskriven

Om ja, ange period

Ja Nej

Har olyckan inträffat till eller från arbetet

Ja Nej

 Har passagerare drabbats av personskada
Ja Nej

Om ja, beskriv kortfattat

 Sjukskriven

Om ja, ange period

Ja Nej

Har olyckan inträffat till eller från arbetet

Ja Nej

Namn

Efternamn

Personnummer - 10 siffror

Utdelningsadress

Postnr och postort

Telefon dagtid

Mobil

Mejl

 Skyddsutrustning som bars vid skadetillfället

Förare

Märke/Modell

Inköpsår

Inköpspris

Hjälm

Ja Nej

Skadat

Ja Nej

Ryggskydd

Ja Nej

Skadat

Ja Nej

Passagerare

Märke/Modell

Inköpsår

Inköpspris

Hjälm

Ja Nej

Skadat

Ja Nej

Ryggskydd

Ja Nej

Skadat

Ja Nej

Underskrift

Riktigheten av lämnade uppgifter intygas och ger Svedea fullmakt att begära in handlingar från myndigheter och andra försäkringsbolag.

Ort och datum

Försäkringstagarens namnteckning

Namnförtydligande

Skadeanmälan skickas till:

Svedea AB**Box 95****844 21 Hammarstrand**
 0771-160 190
 motorskador@svedea.se
 svedea.se