

## Typ av skada

Välj vilken typ av skada du drabbats av

Parkeringsskada  Skadegörelse  Övrig vagnskada

## 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

## 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
-------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------

## 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