

**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  Nej

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**

**840 70 Hammarstrand**

0771-160 190  
motorskador@svedea.se  
svedea.se