

SKADEANMÄLAN
Bil

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 bilen

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

Har föraren 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

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