

Försäkringsnummer - ifylls alltid

Skadenummer - försäkringsbolagets notering

Försäkringstagare

Namn		Organisationsnummer
Utdelningsadress		Postnr och postort
Telefon dagtid	Mobil	Mejl

Rättsskyddet ska tas i anspråk av

Försäkringstagaren Annan än försäkringstagaren
 Ange namn, adress och telefon:

Anmälan avser

Brottmål Tvistemål Skattemål

Besvara nedanstående frågor så noggrant som möjligt. Ange vilka omständigheter (t ex avtal, köp, olyckshändelse) som ligger till grund för anspråket. Ange när dessa omständigheter inträffade. Bifoga kopia av Er stämningsansökan och andra handlingar som belyser de omständigheter som ligger till grund för anspråket, t ex kontraktshandlingar och brev.

Brottmål

Bifoga åklagarens stämningsansökan eller kopia därav.

Tvistemål

Har försäkringen inte funnits i Svedea under 2 år när tvist uppkom, v g ange försäkringsbolag, tidsperiod och försäkringsnummer nedan.

Försäkringsbolag	Tidsperiod	Försäkringsnr
------------------	------------	---------------

Krav har framställts av	När framställdes krav första gången?	När tillbakavisades kravet?
Mig <input type="checkbox"/> Motparten <input type="checkbox"/>		

Försäkringstagarens ombud, namn, adress och telefonnummer

Motpartens namn, adress och telefonnummer

Motpartens ombud, namn, adress och telefonnummer

Vad gäller tvisten i sak?

Motpartens inställning till tvisten

Vad gäller tvisten i pengar?	Kronor
------------------------------	--------

Underskrift

Ytterligare upplysningar kan lämnas på baksidan

Ort och datum	Försäkringstagarens namnteckning	Namnförtydligande
---------------	----------------------------------	-------------------

Ytterligare upplysningar (t ex om ombud anlitas; ombudets namn, adress, telefon och mejl)

Skadeanmälan skickas till:

Svedea AB
Box 3489
103 69 Stockholm

0771-160 199
skadorforetag@svedea.se
svedea.se