

Försäkringsnummer - ifylls alltid
 

---

### 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)	Var hände skadan (ort, gata och vägnummer)
Vägunderlag på skadeplatsen Grus <input type="checkbox"/> Asfalt <input type="checkbox"/> Grus på asfalt <input type="checkbox"/> Vått väglag <input type="checkbox"/>	Har polis varit på plats/känner till skadan? Om ja, polisen i
Händelseförlopp (beskriv kortfattat)	

 Synliga skador på motorcykeln
 

---

Finns motorcykeln 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

Skinnställ/Allvädersställ Ja  Nej

Skadat Ja  Nej

Stövlar Ja  Nej

Skadat Ja  Nej

Handskar Ja  Nej

Skadat Ja  Nej

Hjälm Ja  Nej

Skadat Ja  Nej

Passagerare

Märke/Modell

Inköpsår

Inköpspris

Skinnställ/Allvädersställ Ja  Nej

Skadat Ja  Nej

Stövlar Ja  Nej

Skadat Ja  Nej

Handskar Ja  Nej

Skadat Ja  Nej

Hjälm 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