

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 bilen

Finns bilen 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