

Förenklad Skadeanmälan

GLAS



Registreringsnummer	<input type="text"/>
Bilmodell	<input type="text"/>
Bilägarens namn	<input type="text"/>
Person/org. nr.	<input type="text"/>
Telefon dagtid	<input type="text"/>
Momsredovisning	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Skadedatum (YYMMDD)	<input type="text"/>
Skadeplats	<input type="text"/>
Skadeorsak	Stenskott <input type="checkbox"/> Inbrott <input type="checkbox"/> Annat <input type="text"/>
Försäkringsbolag	<input type="text"/>
Eventuella kommentarer	<input type="text"/>

Härmed intygas riktigheten av ovanstående uppgifter samt att försäkringen var gällande vid skadetillfället och omfattar valt skademoment.

Försäkringstagarens eller förarens underskrift

Datum (YYMMDD)

Underskrift