

SKADEANMÄLAN VERKTYGSFÖRSÄKRING I SERVICEBIL

Företagsuppgifter

Försäkringstagare: _____

Organisationsnr: _____

Gatuadress: _____

Postnr: _____ Ort: _____

Kontaktperson: _____ Telefon: _____

E-post kontaktperson: _____

Bankgironummer för utbetalning av skadeersättning: _____

Försäkringsnummer: _____

Skadeuppgifter

Skadedatum: _____ Skadeplats: _____

Servicebilens registreringsnummer: _____

Skadeorsak (t.ex. stöld, kollision): _____

Kortfattad beskrivning av händelseförloppet: _____

Typ av gods som skadats/förlorats: _____

Uppskattat värde av skadan (SEK): _____

Är skadan polisanmäld? Ja Nej

Ifylld skadeanmälan skickas till:

Dina Försäkringar

E-post: dina@saint-clement.com