

Skadeanmälan Glas

Försäkringsbolag

Bilägarens namn

Bilägarens person/org.nr

Telefon dagtid

Moms redovisningsskyldig

Ja

Nej

Registreringsnummer

Bilmodell

Skadedatum

År

Mån

Dag

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Skadeplats

Skadeorsak

Stenskott Inbrott

Annat

Glas Stöld

Skademoment

Annat

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

Datum

Underskrift

Försäkringstagarens eller förarens underskrift

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------