

# Skadeanmälan

## singelolycka/djurkollision/skadegörelse

|                        |                                   |
|------------------------|-----------------------------------|
| Försäkringstagare      | Försäkringsnummer                 |
| Utdelningsadress       | Skadenummer                       |
| Postnummer och postort | Telefon                           |
| E-post                 | Personnummer (ååmmdd-xxxx)/Org.nr |

### Händelse (obligatorisk)

|   |  |  |
|---|--|--|
| Skadedatum och tidpunkt   | Skadeort/plats   | Land   |
| Skadehändelse<br>Singel <input type="checkbox"/> Skadegörelse <input type="checkbox"/> Djurkollision <input type="checkbox"/> | Vid djurkollision, ange djur   |  |
| Har utandningsprov tagits?<br>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>  | Känner Polisen till händelsen?<br>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> | Har blodprov tagits?<br>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Förare (om annan än ägare)  | Synliga skador på eget fordon  |  |

### Fordonet (obligatorisk)

|                   |        |
|-------------------|--------|
| Fabrikat          | Reg nr |
| Beskriv händelsen |        |

### Personskada

|   |   |
|---|---|
| Uppkom personskada i olyckan?<br>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> | Om ja, ange den skadades personnummer och skadans art |
|---|---|

### Vittnen

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| Finns vittnen till händelsen?<br>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> | Om ja, ange namn, adress och telefon |
|---|--------------------------------------|

### Bärgning/verkstad

|   |  |
|---|--|
| Har bärgare anlåtats?<br>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> | Om ja, ange bärgarens namn, ort och telefon      |
| Är bilen på verkstad?<br>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> | Om ja, ange verkstadens namn, adress och telefon |

### Ersättningsanspråk

|   |   |                               |
|---|---|-------------------------------|
| Ersättning önskas utbetald till (bank, clearingnr samt kontonr) | Bg <input type="checkbox"/> Pg <input type="checkbox"/> | Bankgironummer/Plusgironummer |
|---|---|-------------------------------|

### Underskrift

Härmed intygas att lämnade uppgifter är riktiga. Underskriften ger Bilsport & MC Specialförsäkring fullmakt att begära underlag från myndigheter och andra försäkringsbolag.

|       |             |
|-------|-------------|
| Datum | Underskrift |
|-------|-------------|

### Skadeanmälan skickas till:

Bilsport & MC Specialförsäkring  
 Box 8020  
 350 08 Växjö



Vid frågor, kontakta: 0470-765949