

**SKADEANMÄLAN
ANSVARSSKADA**

Avtalsnr **52-156354**

Försäkringsnr.....

Försäkringstagare.....

Adress.....

Postnr..... Postadress.....

Telefon..... Fax.....

Betalning kontant bankgiro postgiro Nummer.....

Redovisningsskyldig för moms Ja Nej

Skadeplats.....

OBS! Skada skall anmälas snarast

Beskriv händelseförloppet

.....
Underskrift Namnförtydligande Datum
(Namn och adress om annan än försäkringstagaren)

OBS!! Glöm inte fylla i baksidan!





Vem har skadan drabbat?

Namn..... Pers-/org.nr.....

Adress.....

Postadress.....

Personskada Sakskada

Vilken/vilka skador har uppstått?

.....
.....
.....

Skadekostnad

Övriga upplysningar

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ovanstående krav är slutgiltigt? Nej Ja

<p>Anmälan skickas till: Gefvert AB, Danderydsgatan 14, 11426 STOCKHOLM Tel 08 – 440 54 41, fax 08 - 678 29 20, e-post info@gefvert.se</p>
