

				SKADEANMÄLAN BILGLAS			
BILMÄRKE / MODELL / ÅRSMODELL				REG.NR			
.....						
FÖRSÄKRINGSBOLAG				FÖRSÄKRINGSNUMMER			
.....						
NAMN				PERSON/ORG.NR			
.....						
ADRESS				TEL.NR			
.....						
POSTADRESS				MOMSREDOVISNINGSKYLDIG?			
.....				JA <input type="checkbox"/>		NEJ <input type="checkbox"/>	
SKADEORSAK		<input type="checkbox"/> STENSKOTT		<input type="checkbox"/> INBROTT		<input type="checkbox"/> KOLLISION	
ANNAN SKADEORSAK.....							
SKADEMOMENT		<input type="checkbox"/> GLAS		<input type="checkbox"/> STÖLD		<input type="checkbox"/> VAGNSKADA	
SKADAD RUTA		<input type="checkbox"/> VINDRUTA		<input type="checkbox"/> BAKRUTA		<input type="checkbox"/> SIDORUTA	
SKADEPLATS				SKADEDATUM ÅÅ-MM-DD			
.....						
<p>Härmed intygas riktigheten av ovanstående uppgifter samt att försäkringen omfattar glasruteskada och att premien var betald vid skadetillfället. Godtar försäkringsbolaget inte skadan som försäkringsgrundande är fordonsägaren alltid betalningsskyldig.</p>							
DATUM ÅÅ-MM-DD				FÖRSÄKRINGSTAGARENS UNDERSKRIFT			
.....						