

Skadeanmälan



Kunduppgifter

*Namn:	*Regnr (MC/Bil):
*Adress:	
*Postnummer/ort:	
Telefon:	E-post:

*Ersättningsanspråk gällande:

Självrisk Nyckel Stöld av bil Kupéskada Feltankning

Övrigt: _____

Bilförsäkring

Försäkringsbolag:	
Skadereferensnummer:	Självrisk SEK:
*Skadedatum:	*Begärd ersättning:

*Kort beskrivning av skadan och hur den inträffade:

Bifoga:

1. Bekräftelse på betald självrisk/ eller reparation.
2. Kvitto från verkstaden.
3. Polisrapport om skadan är anmäld. (Alltid vid stöld/förlust/skadegörelse).
4. En kopia av skaderegleringsbeslut/utlåtandet från försäkringsbolaget gällande skadan skall bifogas vid självriskreducering.

Utbetalningsinformation

*Bankens namn:	*Kontoinnehavare:
*Clearingnummer:	*Begärd ersättning:

Notera att Swedbanks clearingnummer som startar på 8 består av fem siffor.

- Jag vill bli kontakt via SMS eller e-post gällande mitt skadeärende.
- Jag vill bli kontakt via post gällande mitt skadeärende.

Godkännande och samtycke

Jag ansöker härmed om utbetalning av försäkringsersättning enligt försäkringsvillkoren. Jag försäkrar att uppgifterna jag lämnat i denna skadeanmälan är riktiga. Jag ger SBM Försäkring AB fullmakt och samtycke till att för min räkning begära och erhålla information från försäkringsbolag eller annan tredje part som skäligen kan behövas för bedömning av skadeanmälan.

Personuppgifter

Personuppgifter som du lämnar i denna skadeanmälan kommer behandlas av SBM Försäkring AB i syfte att kunna reglera den anmälda skadan. All behandling sker i enlighet med EU:s dataskyddsförordning. Mer information om hur SBM behandlar personuppgifter finns på www.sbmforsakring.se/gdpr

Namnteckning

Datum

Fyll i och skicka in som en PDF komplett med alla relevanta bilagor till skadehantering@sbmforsakring.se
Eller per post till: SBM Försäkring AB, Box 45110, 104 30 Stockholm - Tel: 0771-615 615.