

Lecab

FÖRENKLAD SKADEANMÄLAN BILGLAS

Fordonets reg.nr

Försäkringsbolag

Skadedatum (ÅÅ-MM-DD)

Skadeplats

Skadeorsak

Stenskott Inbrott

Skademoment

Glas

Annan skadeorsak

Annat skademoment

Åtgärd

Rutbyte Lagning stenskott → Antal stenskott ____ st

Personnummer/org.nr

Momsredovisningsskyldig

JA NEJ

Telefonnummer

För- & efternamn

Jag intygar härmed på heder och samvete att ovanstående uppgifter är med sanningen överensstämmande, samt att försäkringen var gällande och omfattar det valda skademomentet vid skadetillfället.

Datum (ÅÅ-MM-DD)

Bilägarens/förarens underskrift