



Skadenummer (Ifylles av AutoConcept)

Skadeanmälan skickas till:
AutoConcept Insurance AB
Skadeavdelningen
Smörhålevägen 3
434 42 Kungsbacka
Tel +46 300 56 38 10
Mail info@autoconcept.se

SKADEANMÄLAN - Nyckelförsäkring

Försäkringstagare

Personnummer	Försäkringsnummer
Förnamn	Efternamn
Bostadsadress	Postnr och postadress
Telefon/Mobil	E-mail <input type="checkbox"/> Jag accepterar att bli kontaktad via e-mail

Eventuell ersättning utbetalas till:

Bankens namn	<input type="checkbox"/> Bankkonto inkl. clearing <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Plusgiro	
Namn om annan betalningsmottagare än försäkringstagaren		
Berörs annan försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilket bolag	Vilken typ av försäkring <input type="checkbox"/> Nyckel <input type="checkbox"/> Annan
Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bolag	Skadenummer

Uppgift om skadehändelsen

Skadedatum
Skadebeskrivning

*Bifoga polisanmälan samt kvitto på tillverkningskostnaden för ny nyckel.

Besvaras alltid

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort och datum	Namn-teckning
Målsman/vårdnadshavare om minderårig	Namn-förtydligande