

Kunduppgifter

För- och efternamn		Personnummer	
Gatuadress		Postnummer och ort	
Telefonnummer dagtid		E-post	
Fordonets registreringsnummer		Försäkringsnummer hos Assistancekåren	
Ersättningsanspråk avser självrisk för (x)			
Assistans <input type="checkbox"/>	Feltankning <input type="checkbox"/>	Inredning <input type="checkbox"/>	Andra kostnader <input type="checkbox"/>

Bilförsäkring (eller annan försäkring som du fått ersättning från)

Försäkringsbolag	Försäkringsnummer och skadereferens
Självrisk, SEK	Ersättningsanspråk
När uppkom skadan? Ange datum och tid	
Kort beskrivning av skadan och hur den inträffade	
Anses någon bära skulden till skadan? Om ja, ange vem (namn och kontaktuppgifter)	
Berörs andra försäkringar eller garantier av denna skada? Om ja, ange bolag och försäkrings- ref.nummer	

Utbetalningsinformation

Bankens namn	Clearingnummer
Kontonummer	Kontoinnehavare

Härmed bekräftar jag att ovanstående uppgifter är korrekta och lämnar mitt medgivande till Berkley Nordic och Assistancekåren att kontakta parter involverade i detta ersättningsärende

Datum	Namnteckning
-------	--------------

Med skadeanmälan bifogas:

- Bekräftelse på betald självrisk
- Kvitton avseende andra utlägg där du har ersättningsanspråk
- En kopia av skaderegleringsbeslut/utlåtande från försäkringsbolaget gällande skadan skall bifogas vid ersättning för självrisk

Skadeanmälan skickas till:

Assistancekåren Försäkringsservice AB
 Box 1216
 172 24 Sundbyberg
 E-post: forsakring@assistancekaren.se

Frågor gällande försäkringen:

Assistancekåren
 Tel: 010-550 10 80
 E-post: forsakring@assistancekaren.se