

**Försäkringsbolag****Bilägarens namn**

Bilägaren person/ org nr

Telefon nr dagtid

Moms redovisningsskyldig

Ja

☐

Nej

☐

Registreringsnummer

Bilmodell

**Skadedatum**

År

Månad

Dag

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

Skadeplats

☐

Stenskott

☐

Inbrott

☐

Glas

☐

Stöld

Härmed intygas riktigheten av ovanstående uppgifter samt att försäkringen var gällande vid skadetillfället och omfattar valt skademoment.

Försäkringstagarens eller förarens underskrift

Datum

Underskrift

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

**GODKÄND  
BILVERKSTAD****Postadress / Besöksadress**MMC Malmö AB  
Agnesfridsvägen 129  
213 75 MALMÖ**Telefon nr**

040-55 26 50

**Org / moms nr:**

SE556300284801

**Godkänd för F-skatt**

556300-2848