

Avbrott/Stillestånd

Buss/Tung lastbil

Försäkringstagare

Försäkringsnummer		Skadenummer	
Företagsnamn		Kontaktperson	
Adress		Person-/organisationsnummer	
Postnummer	Postadress	Bankgiro/Plusgiro	
Telefonnummer	Faxnummer	E-postadress	

Skadeinformation

Skadedatum	Tid	Ankom verkstad (datum)	Tid
Reparation klar (datum)	Tid		

Skadat fordon

Registreringsnummer	Fordonsslag	Årsmodell	Fabrikat
Antal axlar	Antal körda mil	Totalvikt	Nypris exkl moms
Byggnation (ange hur chassit är utrustat, typ och kapacitet)			

Annat fordon som används i kombination med det skadade fordonet

Registreringsnummer	Fordonsslag	Årsmodell	Fabrikat
Antal axlar	Antal körda mil	Totalvikt	Nypris exkl moms
Byggnation (ange hur chassit är utrustat, typ och kapacitet)			
Har något av de skadade fordonen kunnat användas i kombination med annat fordon? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Under vilken tid	Registreringsnummer på använt fordon
Företag med: 1-2 Fordon <input type="checkbox"/> 3-8 Fordon <input type="checkbox"/> 9-50 Fordon <input type="checkbox"/> 50+ Fordon <input type="checkbox"/>			

Övrigt

Medlem i Svenska Åkeriförbundet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Medlem i Bussbranschens Riksförbund? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Utnyttjas fordonet i dubbla skift*? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Utnyttjas fordonet med lots? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

* Vid svar JA på frågan ska intyg från uppdragsgivare bifogas.

Fordonsägare (riktigheten av ovanstående intygas)

Ort och datum	
Försäkringstagarens underskrift	Namnförtydligande