



**Kontakta oss vid frågor gällande er försäkring:**

Telefon: 08-501 122 00

E-post: [claims@claimsmanagementsverige.com](mailto:claims@claimsmanagementsverige.com)

## Anmälan förtidslösen

<b>Fordonets registreringsnummer:</b>
<b>Arbetsgivare</b>
<b>Förarens namn</b> (ange både för- och efternamn)
<b>Orsak till förtida återlämning</b>
<b>Datum för uppsägning</b>
<b>Datum för anställningens upphörande:</b>
<b>Planerat återlämningsdatum</b>

Härmed intygar jag att ovan ifylld information är korrekt

**Förare**

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Underskrift

\_\_\_\_\_

Namnförtydligande

\_\_\_\_\_

E-post

Attest av ansvarig chef / bilansvarig

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Underskrift

\_\_\_\_\_

Namnförtydligande

\_\_\_\_\_

E-post

**Jag samtycker till registrering och hantering av uppgifterna jag har lämnat i skadeanmälan samt att lämnade uppgifter skickas till de parter som behöver uppgifterna för att kunna hantera försäkringsärendet. Med min underskrift förbinder jag mig även att på försäkringsbolagets begäran sända in relevanta underlag som ligger till grund för ansökan (exempel kan vara läkarintyg, journaler eller uppsägningsavtal). Potentiellt känsliga uppgifter kommer att raderas så fort handläggningen är avslutad.**