

**KLÄSSBOLSVÄGEN 24**  
**671 95 KLÄSSBOL**  
**Telnr: 0570-46 41-40**  
**Email: info@sgforsakringar.se**

## SKADEANMÄLAN

### GLASÖGON

Skadenummer
Försäkringsnummer

Bolagets noteringar
---------------------

Försäkringstagarens namn och adress
Mail:

Personnummer	Telefon mobil	Telefon bostad
Ersättning önskas till		Nummer (inkl. clearingnummer)
<input type="checkbox"/> Plusgiro	<input type="checkbox"/> Bankgiro	<input type="checkbox"/> Bankkonto
Banknamn:		

Redogör för hur skadan gick till:

---

---

---

Skadedag:	
När köptes glasögonen?      År   mån   dag	Kan kvitto uppvisas   Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Var de skadade glasögon terminalglasögon?	JA      NEJ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Försäkringstagarens underskrift

Ort och datum	Försäkringstagarens underskrift
---------------	---------------------------------

### Ifylles av optiker

Kan skadade glasögon lagas	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Pris på reparation/nya glasögon av motsvarande kvalitet	Kronor	

### FÖRSÄKRINGEN ERSÄTTER EJ SYNTTEST VID UTPROVNING AV NYA GLASÖGON

### Uppgifterna lämnade av optiker

Ort	Datum	Telefon
Namn	Org nr:	