



Anmälan Förtidslösen

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

Härmed intygar jag att ovan ifyllt 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.*