

Skadeanmälan

Transportansvar motorfordon



Bolagets noteringar: Bolag, bolagsnr

Försäkringstagarens namn och adress

Person-/Organisationsnr	Bilens reg. nr	Försäkringsnummer
-------------------------	----------------	-------------------

➔ Transporten

Från, ort / land	Till, ort / land	
Skadedatum	Avgångsdatum	Ankomstdatum
Gods / vara		Vikt och antal kolli

➔ Skadelidande / Varuägare

Namn	Tel / Fax
Adress	Är godset varuförsäkrat? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, i bolag
E-postadress	

➔ Skadebeskrivning

Typ av skada
<input type="checkbox"/> Trafikolycka <input type="checkbox"/> Lastning <input type="checkbox"/> Lossning <input type="checkbox"/> Bräckage
<input type="checkbox"/> Felaktig lastning/säkring <input type="checkbox"/> Stöld/inbrott <input type="checkbox"/> Manko/förlust <input type="checkbox"/> Försening
<input type="checkbox"/> Annan skada:
Beskrivning av skadan samt orsak till skadans uppkomst

➔ Ersättningskrav

Fakturavärde	Fraktkostnader	Reparationskostnader	Restvärde
Summa – begärd ersättning	Ersättning önskas till <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Bankkonto		Nummer (inkl. clearingnr)

➔ Handlingar att bifoga skadeanmälan

<input type="checkbox"/> Handelsfaktura <input type="checkbox"/> Fraktsedel <input type="checkbox"/> Fraktfaktura <input type="checkbox"/> Reklamation <input type="checkbox"/> Polisrapport
<input type="checkbox"/> Reparationsfaktura <input type="checkbox"/> Besiktningsrapport <input type="checkbox"/> Fotografi <input type="checkbox"/> Ev. avtal
<input type="checkbox"/> Övriga handlingar:

➔ Underskrift

Härmed intygas att här lämnade uppgifter är riktiga.	
Ort och datum	Underskrift / namnförtydligande

Blanketten skickas till Dina Försäkringar, FE 50320, 832 82 Frösön