

# Skadeanmälan

## Ansvar



<b>Bolagets noteringar:</b> Bolag, bolagsnr
---

Försäkringstagarens namn och adress
-------------------------------------

### Försäkringstagare

Försäkringsnr	Skadenr	Person- /org. nr
Kontaktperson		Telefonnr dagtid /mobilnr
E-postadress		
Bg/Pg/Bankkonto inkl. clearingnr		Redovisningsskyldig för moms <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

### Skadelidande (den som drabbats av skadan)

Namn	Person- /org. nr
Adress	Postnr och Ortnamn
Postnr och Ortnamn	Telefonnr dagtid /mobilnr
E-postadress	
Bg/Pg/Bankkonto inkl. clearingnr	Redovisningsskyldig för moms <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Markera om försäkringstagaren och den skadelidande är <input type="checkbox"/> Arbetsgivare/arbetstagare hos varandra <input type="checkbox"/> Medlemmar av samma hushåll <input type="checkbox"/> Släkt	
Kontaktperson	Telefon dagtid till kontaktperson

### Uppgifter om skadan

När inträffade skadan? Dag, datum och klockslag	Var / hos vem inträffade skadan?	
Gata, nummer och ort	Fastighetsbeteckning	
Vem anser ni vara ansvarig för skadan och varför?		
Har den skadelidande genom egen oförsiktighet medverkat till skadan – hur?		
Om ert barn orsakat skadan - barnets ålder?		
Har skadeståndskrav framställts? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	I så fall när	Belopp
Vem har utredning gjorts av? Bifoga alltid kopia av protokoll eller rapport <input type="checkbox"/> Polisen <input type="checkbox"/> Yrkesinspektionen <input type="checkbox"/> Brandförsvaret <input type="checkbox"/> Annan:		

