

Skadeanmälan Entreprenad (allrisk – ansvar)



Skadedatum	Försäkringsnr
------------	---------------

Försäkringstagare

Namn	Organisationsnr
Adress	Telefonnr, inkl. riktnr
Postnr och Postort	Mobilnr
Kontaktperson hos försäkringstagaren	Direktnr, inkl riktnr
E-post	Mobilnr

Entreprenad

Entreprenad, namn, typ (bygg, måleri etc)		Entreprenadsumma	
Byggherre			
Er beställare <input type="checkbox"/> Byggherren <input type="checkbox"/> Annan:			
Igångsättningsdatum	Garantiperiod (fr o m – t o m)		
Entreprenad-, montage- eller leveransbestämmelser <input type="checkbox"/> AB04 <input type="checkbox"/> ABT06 <input type="checkbox"/> NLM02 <input type="checkbox"/> Annan:			Löpande räkning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Beställarens kontaktperson	Telefonnr	Platschef	Telefonnr
Kontrollant	Telefonnr	Arbetschef	Telefonnr
Uppdragsbeskrivning			

Bifoga alltid kopior på avtal med beställare/underentreprenör!

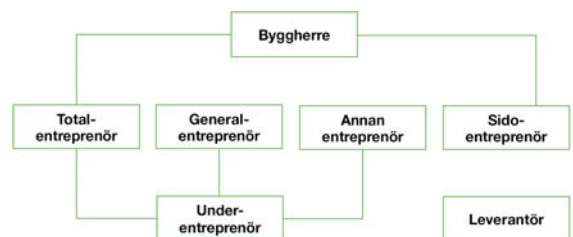
Skadeställe

Skadeställets adress, kommun
Fastighets-/husbeteckning el. liknande

Kontraktsskedja

Sätt kryss för din placering i kontraktsskedjan

- Byggherre Totalentreprenör Underentreprenör
 Sidoentreprenör Generalentreprenör Leverantör
 Annan entreprenör



➔ Annan berörd part (skadelidande, under- eller sidoentreprenör etc.)

Namn	Organisationsnr
Adress	Telefonnr, inkl. riktnr
Postnr och Postort	Mobilnr
Kontaktperson	Direktnr, inkl riktnr
E-post	Mobilnr
Förhållande till försäkringstagaren <input type="checkbox"/> Byggherre <input type="checkbox"/> Huvudentreprenör <input type="checkbox"/> Underentreprenör <input type="checkbox"/> Annan:	

➔ Vid skada på egen entreprenad (hjälpmedel, material, arbeten)

Skadade eller förstörda föremål	Inköpsår	Inköpspris	Dagens inköpspris	Ersättningsanspråk

➔ Vid skada på annans egendom/personskada

Namn (person eller företag)	Organisationsnr / personnr	Telefonnr/Mobilnr
Adress	Postnr	Postort
E-post	Förhållande till försäkringstagaren	
Eget försäkringsbolag / handläggare / skadenr		

➔ Händelseförlopp (fylls alltid i)

Skadan inträffade - datum	Skadan upptäcktes - datum	
Skadplats – gata, adress	Postnr	Postort
Vem anser ni bär skulden till skadan? Varför?		
Har den skadelidande medverkat till skadan? I så fall hur?		Har skadeståndsanspråk framförts? <input type="checkbox"/> Ja, datum: <input type="checkbox"/> Nej
Redogörelse		
Fortsätt gärna på separat blad!		

➔ Utredning

Diariern, skadenr eller liknande	Vem har utredning gjorts av? <input type="checkbox"/> Polisen <input type="checkbox"/> Yrkesinspektionen <input type="checkbox"/> Brandförsvaret <input type="checkbox"/> Annan:
Kontaktperson	Direktnr, inkl riktnr
Adress	Postnr och Postort
E-post	

➔ Underskrift

Genom att underteckna och skicka in denna skadeanmälan godkänner ni att Dina Försäkringar utreder ärendet och om vi finner er skadeståndsskyldiga, att vi gör upp med motparten och ni betalar er självrisk. Om ni blir stämda i anledning av skadan skall Dina Försäkringar genast underrättas.	
Datum	Den försäkrades/försäkringstagarens underskrift
	Namnförtydligande