

SKADEANMÄLAN

Verksamhetsansvar



| | | | |
|--|--|-----------------------------|--|
| FÖRSÄKRINGS- TAGARE | Namn | | Telefon |
| | Adress | | |
| | Skadeärendet sköts av | | Telefon |
| FÖRSÄKRINGS- UPPGIFTER | Försäkringsnummer | | |
| SKADELIDANDE | Namn | | Personbeteckning eller FO-nummer |
| | Postadress | | Telefon tjänst/hem |
| | Skadeärendet sköts av | | Telefon |
| SKADE- HÄNDELSE | Skadedag | Skadeort | Dag då skadan delgivits Er |
| | Noggrann beskrivning av händelseförloppet samt orsaken till skadan | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | Vem har, enligt Er åsikt, förorsakat skadan? | | |
| Ifall If Skadeförsäkringsbolag Ab anser att försäkringstagaren är ersättningskyldig, får vi betala ersättning ur försäkringen? | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej |
| VITTNEN TILL SKADE- HÄNDELSEN | Namn och adress | | Telefon |
| | Namn och adress | | Telefon |
| POLIS- UNDERSÖKNING | Har polisundersökning gjorts | | Polisinrättningens eller länsmansdistriktets namn |
| | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja | |

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| PERSON- SKADA | Kroppsskadans art | |
| | | |
| | Namnet på läkare eller sjukhus som uppsökts för vård | |
| | Vid skadehändelsen var den skadelidande anställd av | |
| | <input type="checkbox"/> utomstående | <input type="checkbox"/> försäkringstagaren <input type="checkbox"/> inte i arbete |
| | Den skadades arbetsgivare | Den skadelidandes årsarbetsförtjänst |
| EGENDOMS- SKADA | Skadat föremål | |
| | Anskaffningsdag och -pris | Tillverkningsår |
| | Skadans art | |
| | | |
| | Var kan föremålet/egendomen granskas? | |
| SKADEBELOPP OCH ERSÄTTNING | Skadebeloppet enligt Er uppskattning, € | Har ersättningsanspråk framställts |
| | | <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, € |
| | Till vem betalas eventuell ersättning | |
| | Bankkontonummer | |
| SKYDDS- ÅTGÄRDER | Hade förebyggande åtgärder vidtagits för avvärjande av skada, vilka? | |
| | | |
| | Vilka åtgärder ämnar man vidta för att avvärja en motsvarande skada? | |
| | | |
| | | |
| TILLÄGGS- UPPGIFTER | T.ex. närmare specifikation av skadans omfattning; övriga skadelidande; övriga försäkringar som kunde täcka skadan | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| UNDERSKRIFT | Ort och datum | Försäkringstagarens underskrift |
| | | |

Försäkringstagaren skall omedelbart underrätta försäkringsbolaget om inträffad skada. En noggrannare specifikation av ersättningskravet jämte verifikat kan tillställas bolaget senare. Vid behov inspekterar försäkringsbolaget egendomsskadan före reparationen av skadorna. Försäkringstagaren har inte rätt att, med bindande verkan för försäkringsbolaget, betala ersättning, göra överkommelse om sådan eller godkänna krav.