

Försäkringstagare		Skadenr (ifylles av försäkringsbolaget)
Namn		Försäkringsnr
Postadress		Personnr/Organisationsnr
Postnr och ort		Telefon dagtid (även riktnr)
E-postadress		Telefon arbetet/Mobiltelefon (även riktnr)

Ersättning betalas till		Bankens namn
Betalningsmottagare		
Bankkonto nr + clearing nr <input type="checkbox"/>	Ange lämpligt alternativ och skriv nummer här	
Plusgiro nr <input type="checkbox"/>		
Bankgiro nr <input type="checkbox"/>		

Den skadelidande (Den som drabbats av kropps eller egendomsskada)		Personnr/Organisationsnr
Namn/Firma		Telefon dagtid (även riktnr)
Postadress		Telefon arbetet/Mobiltelefon (även riktnr)
Postnr och ort		
Är den skadeanmälda släkt med eller tillhörande samma hushåll som försäkringstagaren <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Släktförhållande	Samma hushåll <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Vittne 1	
Namn	
Postadress	
Postnr och ort	
Telefon dagtid (även riktnr)	Telefon arbetet/Mobiltelefon (även riktnr)

Vittne 2	
Namn	
Postadress	
Postnr och ort	
Telefon dagtid (även riktnr)	Telefon arbetet/Mobiltelefon (även riktnr)

Allmänna uppgifter			
När och var hände skadan?	Datum	Klockslag	På arbetsplatsen
Har anmälan gjorts till polisen <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Polisdistrikt		
Finns ansvars-/kollektiv försäkring genom fackförening eller liknande? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Försäkringsbolag	Försäkringsnr	Är skadan anmäld dit <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Anser Ni någon person vara skuld till skadan <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Namn		
	Adress		
På vilka grunder			
Anser Ni den skadelidande själv har medverkat till skadans uppkomst. På vilket sätt <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Hur (Fortätt gärna på baksidan)		
Har skadeståndsanspråk framställts mot Er <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Av vem	Belopp	
Anser ni skadeståndsanspråket skäligt <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			

Besvaras vid personskada	
Har den skadade sökt läkarvård <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Läkarens namn, sjukvårdsinstans och avdelning
Var bestod skadan	
Var befinner sig den skadade	
Vilken var den skadades arbetsgivare vid skadetillfället	Arbetsgivarens namn och adress

Besvaras vid egendomsskada

Var bestod skadan				
Ange den skadade egendomens fabrikat, typ, tillverkningsnr och tillverkningsår	Fabrikat	Typ	Tillv-nr	Tillv-år
När, hos vem och till vilket pris köptes den skadade egendomen	Inköpsdatum	Inköpsställe		Inköpspris
Var den skadade egendomen hyrd eller lånad, eller var den mottagen för förvaring, bearbetning, reparation, transport eller på annat sätt omhändertagen av försäkringstagaren	<input type="checkbox"/> Hyrd	<input type="checkbox"/> Lånad	Mottagen till <input type="checkbox"/> förvaring	<input type="checkbox"/> bearbetning <input type="checkbox"/> reparation <input type="checkbox"/> transport

Kompletterande uppgifter vid skada på motordrivet fordon

Vilket fordonslag blev skadat	<input type="checkbox"/> Personbil <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Lastbil <input type="checkbox"/> Buss <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> Moped				
	<input type="checkbox"/> Traktor <input type="checkbox"/> Annat fordon - ange				
Vilket registreringsnr har fordonet och var är det försäkrat	Reg-nr	Försäkringsbolag			
Var finns fordonet nu					
Vilken verkstad kommer att anlitas	Namn och adress				
Uppskattad reparationskostnad	Kronor	Enligt egen bedömning		Enligt verkstadens bedömning	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Redogörelse över händelsen (rita gärna en skiss)

Underskrift

Samtliga uppgifter i denna anmälan är till alla delar korrekta, vilket härmed intygas.		
Försäkringstagarens underskrift	Datum	Namnteckning