

Anmälan om ansvarsskada



Allrisk-, sak-, ansvar-, rot- och entreprenadförsäkring

Information om hur du fyller i anmälan finner du på sid 4.

Försäkringsnummer

Skadedatum (år, månad, dag)

FÖRSÄKRINGSTAGARE

Namn

Efternamn

Utdelningsadress

Postnummer och ortnamn

Telefon

Telefax

Mobil

Handläggare hos försäkringstagaren

Mail

ENTREPRENADUPPGIFTER

Byggherre

Entreprenadsumma

Entreprenad

Igångsättningsdatum

Garantiperiod fr o m

t o m

Övertaget byggherreansvar

Gäller allmänna bestämmelser

Ja Nej

Ja Nej

Fast pris

Ja Nej

Löpande räkning

Ja Nej

Arbetschef

Telefon

Platschef

Telefon

Kontrollant

Telefon

Byggherrens/beställarens handläggare

Telefon

SKADELIDANDE

Namn

Efternamn

Utdelningsadress

Postnummer och ortnamn

Telefon, arbetet

Telefon, bostaden

Mobil

Skadelidandes handläggare

Telefon, arbetet

Mobil

Den skadelidandes förhållande till arbetstagaren

Byggherre/beställare Underentreprenör Sidoentreprenör Tredje man

Anställd

Ja Nej

I vilken befattning

Är den skadelidande skyldig att redovisa mervärdesskatt?

UTREDNING

Bifoga alltid kopia av protokoll eller rapport.

Har utredning gjorts av polisen?

Nej Ja

Datum

Datum

av yrkesinspektionen?

Nej Ja

Datum

Datum

av brandkåren?

Nej Ja

besiktningar av If?

Nej Ja

Vittne, namn

Telefon, arbete

Telefon, bostad

Utdelningsadress (gata, box e d)

Postnummer och ortnamn

Vem anser ni bär skulden till skadan?

Vem består skulden?

Har den skadelidande genom egen oförsiktighet medverkat till skadan?

Nej Ja

På vilket sätt?

Har skadeståndsanspråk framställts mot dig?

Nej Ja

Anser du att ersättningsskyldighet föreligger och är du beredd att delta med din självrisk? Nej Ja

Finns ansvarighetsförsäkring i annat bolag?

Försäkringsbolagetsnamn

Försäkringsnummer

Nej Ja

EGENDOMSSKADA

Skadade eller förstörda föremål

Inköpsår

Inköpspris*

Värde före skadan

Värde efter skadan

Ersättningsanspråk

_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Summa

Har den skadelidande egendomen försäkrad i annat bolag?

Ja Nej

Försäkringsbolagets namn

Försäkringsnummer

PERSONSKADA

Namn

Personnummer

Vilken kroppsdel är skadad?

Telefon

Var den skadade sysselsatt med arbete i annan tjänst?

Ja Nej

Var den skadade på väg till eller från arbetet?

Ja Nej

Den skadades arbetsgivare

Den skadades ålder

Årsinkomst

Har den skadade frivillig försäkring mot olycksfall eller sjukdom?

Ja Nej

Försäkringsgivare

Belopp

UNDERSKRIFT

Undertecknad försäkringstagare har ej och kommer ej att lämna ut ovanstående uppgifter till den skadelidande eller hans ombud, samt kommer ej att uttala sig i ansvarsfrågan utan att först ha inhämtat lfs medgivande.

Datum

Försäkringstagarens namnteckning

Namnförtydligande



Skickas till:

If

F200

106 80 Stockholm

Vxl: 0771-43 00 00

