

Försäkringsnummer - ifylls alltid

951574

Skadenummer - försäkringsbolagets notering

Försäkringstagare

Försäkringstagarens namn		Butik- eller medlemsnr
Utdelningsadress	Postnr och postort	
Telefon dagtid	Mobil	
Mejl		
Är ni redovisningsskyldig för moms? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Person-/Org.nr	Utbetalning önskas till Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Bankkonto <input type="checkbox"/>
Kontaktperson	Nummer - Vid bankkonto även clearingnummer	

Skadelidande

Skadelidandes namn		Person-/Org.nr		
Utdelningsadress		Postnr och postort		
Är skadelidande redovisningsskyldig för moms? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Telefon dagtid	Bank & Kontonummer	Bankgiro	Plusgiro
Är försäkringstagaren släkt med den skadelidande? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Om "Ja", hur		
Är försäkringstagaren medlem i samma hushåll som den skadelidande? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Ev. anmärkning		
Är försäkringstagaren anställd hos den skadelidande? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		I vilken befattning/omfattning		
Är den skadade anställd hos försäkringstagaren? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		I vilken befattning/omfattning		

Skadedata

 Skadestånd bör under inga förhållanden medges förrän Svedea lämnat sitt godkännande

Hos vem inträffade skadan?

Var inträffade skadan? (Precisera närmare, t ex "i köket", "i trappuppgången", "på arbetsplatsen")

Adress, postadress

När inträffade skadan? Dag, datum och klockslag

Har skadeståndskrav framställt?

Ja Nej

Om "Ja" ange när?

Belopp, kr

Hade någon av de försäkrade lånat, hyrt, köpt på avbetalning eller på annat sätt tagit hand om egendomen?
Vilken dag skedde i så fall omhändertagandet?

Om vi finner er skadeståndsskyldig, kommer ni då att acceptera?

Hur inträffade skadan? Utförlig beskrivning, bifoga gärna skiss eller fotografier.

Undersökning Bifoga alltid kopia av protokoll eller rapport

Vem har utredningen gjorts av?

Polisen Arbetsmiljöverket Brandförsvaret Annan:

Anmälningsdatum

Eventuella vittnen till händelsen (namn, adress och telefon)

Vem anser ni är skadevållande och varför?

Om barn är vållande ange ålder

Har den skadelidande genom egen oförsiktighet medverkat till skadan? Ja Nej

Om "Ja" motivera varför

Personskada (kroppsskada)

Den skadades yrke

Den skadades arbetsgivare

Vilka kroppsskador har uppkommit? (Läkarintyg bör bifogas)

Vilken försäkringskassa tillhör den skadade?

Sjukpenningens storlek per dag? Kr

Inträffade olyckan i den skadades arbete eller på väg till eller från arbetet

Finns olycksfallsförsäkring? Ja Nej Om "Ja" i vilket bolag?

Egendomsskada

Vad har skadats?

Beskriv skadans art och omfattning

Var föremålen försäkrade? Ja Nej Om "Ja" i vilket bolag? Försäkringsnr

Kan föremålen repareras?
Ja Nej

Den skadade egendomens värde omedelbart före händelse? Kr Den skadade egendomens värde omedelbart efter händelse? Kr

Hur stor ersättning begär den skadelidande förutsatt att skadad egendom behålls av ägaren (ev reparation e dyl)? Kr

Hur stor ersättning begär den skadelidande förutsatt att skadad egendom övertas av försäkringsbolag? Kr

Kompletterande upplysningar

Svedea ska omgående meddelas om ni erhåller stämning p g a denna ansvarsskada!

Underskrift

Riktigheten av lämnade uppgifter intygas

Ort och datum Försäkringstagarens namnteckning Namnförtydligande

Skadeanmälan skickas eller mejlas till:

Svedea AB
Box 3489
103 69 Stockholm
skadorforetag@svedea.se

0771-160 161
svedea.se