



Bodens kommun

Tekniska förvaltningen

Gatuavdelningen

G.01 SKADEANMÄLAN - Ansvarsskada

Försäkringstagarens namn	Person- eller org nr	Bankkonto inkl cl nr/bankgiro/plusgiro
Gatuadress	Telefonnummer, dagtid	Mobiltelefonnummer
Postadress	E-postadress	

DEN SKADELIDANDE (Den person som drabbats av kropps- eller egendomsskada)

Namn	Personnummer	
Gatuadress	Telefonnummer, dagtid	Mobiltelefonnummer
Postadress	E-postadress	
Är den skadelidande släkt med eller tillhörande samma hushåll som försäkringstagaren	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Släktförhållanden <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
		Samma hushåll <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

VITTNE 1

Namn
Gatuadress
Postadress
Telefonnummer, dagtid

VITTNE 2

Namn
Gatuadress
Postadress
Telefonnummer, dagtid

ALLMÄNNA UPPGIFTER

När inträffade händelsen?	Datum och klockslag	På arbetsplatsen <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	I försäkringstagarens bostad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
	Skadeplatsens adress			
Har anmälan gjorts till polisen	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Polisdistrikt		
Försäkringsbolag	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Bolag	Försäkringsnr	Är skadan anmäld dit <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Anser du att någon person - är skuld till skadan - på vilka grunder	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vem i så fall, namn		
	Adress			
Anser du att den skadelidande själv har medverkat till skadans uppkomst, i så fall på vilket sätt	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, hur (fortsätt gärna på baksidan)		
Har skadeståndsanspråk framställts mot dig	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, av vem	Belopp	
Anser du att skadeståndsanspråket är 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 och adress
Vad består skadan av		
Var befinner sig den skadade		
Vilken var den skadades arbetsgivare vid skadetillfället	Arbetsgivarens namn och adress	

BESVARAS VID EGENDOMSSKADA

Vad består skadan				
Ange den skadade egendomens fabrikat, typ, tillverkningsnr och tillv-år	Fabrikat	Typ	Tillverkningsnummer	Tillverkningsår
När, hos vem och till vilket pris köptes den skadade egendomen	Inköpsdatum	Inköpsställe		Inköpspris
Var den skadade egendomen hyrd eller lånad? 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		
	<input type="checkbox"/> På annat sätt omhändertagen	Hur	När (datum)	

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"/>					
Vilket registreringsnummer har fordonet och var är det försäkrat	Registreringsnummer	Försäkringsbolag				
Var finns fordonet nu						
Vilken verkstad kommer att anlitas	Namn och adress					
Vad beräknas reparationen kosta	Kronor <input type="checkbox"/> enligt egen bedömning <input type="checkbox"/> enligt verkstadsens bedömning					

REDOGÖRELSE ÖVER HÄNDELSEN (Rita gärna en skiss)

UNDERSKRIFT AV FÖRSÄKRINGSTAGAREN

Datum	Namnsteckning
-------	---------------