

Namn:
Postadress:
Postnummer och postort:

Försäkringsnummer:
Villkor (ifylls av bolaget)
Begynnelse dag (ifylls av bolaget)

Telefon bostad (även riktnummer)	Telefon arbete (även riktnummer)	Personnummer/organisationsnummer
Mobil	E-mail	Träffas säkrast
Bedrivs/ har bedrivits näringsverksamhet senaste 2 åren? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Skattskyldig för moms? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	

Försäkringsförhållande

Finns kollektiv hemförsäkring som tecknats av fackförbund? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vilken familjemedlem?	Fackförbund	Försäkringsbolag + nr
Är egendomen även försäkrad i annat bolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Försäkringsbolag + nr		
När och var skedde den nu aktuella skadan/förlusten?	Datum	Tid	På tjänsteresa <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
	Skadeplatsens adress		
Vem upptäckte skadan/stölden?	Namn och adress		
Vem äger den skadade/stulna egendomen?	Namn		Personnummer (år-mån-dag-nr)
Har ni drabbats av egendoms-skada under de 3 senaste åren? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vilken typ av skada?		
Till vem ska ersättning betalas?	Namn		Person/organisationsnummer
	Adress		Telefonnummer
	Postnummer, Postort		Pg/bg/bankkonto (inkl clearingnr)

Påbörja inte större skadereparationer innan försäkringsbolaget lämnat sitt godkännande.

Vi kan i många fall hjälpa till med att lämna hänvisning till lämplig reparatör.

Vidtag om möjligt åtgärder för att förhindra och begränsa skadan.

En fullständigt ifylld skadeanmälan gör att skaderegleringen går vidare.

Skadade föremål får inte kastas utan vårt medgivande då det ibland kan finnas behov av besiktning

Uppgifter vid skadereglering

Det ligger i allas intresse att skaderegleringen sker på riktiga grunder. Felaktiga och utelämnade uppgifter av betydelse för skaderegleringen kan medföra att ersättningen bortfaller eller begränsas. Försäkringsbedrägeri leder till rättsliga åtgärder.

Försäkringstagarens underskrift

Samtliga uppgifter i denna anmälan är till alla delar korrekta, vilket härmed bekräftas.

Jag förbinder mig att omedelbart underrätta bolaget om egendomen kommer till rätta.

Ort och datum	Namn/teckning förs. tagare	Annan person (sambo)	Telefon (inkl riktnr)
---------------	----------------------------	----------------------	-----------------------

Skadenummer:

Förteckning över skadad egendom (Egendomen förvaras hos Er tills Ni får besked från försäkringsbolaget)

Antal	Föremål	Inköps år	Nyanskaffnings- pris	Föremål skadat		Ersättnings- anspråk
				Helt	Delvis	

Är egendomen privat?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Är priserna inkl. moms?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Ägs egendomen av något företag?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Redogörelse för skadehändelsen

Skadenummer:

REPARATÖRSRAPPORT Utgåva 2

Namn		Försäkringsnummer	
Adress		Telefon	
Postadress		Telefon arbetet	
VIKTIGT: Utbyte får ej göras utan Länsförsäkringars medgivande!			
OBS! Släng aldrig skadade föremål innan godkännande från försäkringsbolaget.			
Fabrikat / Typ		Det skadade föremålets benämning	
TILLVERKNINGSÅR		INSTALLATIONSÅR	
Omfattas skadan av garanti eller annan försäkring?		Finns mer än en skada?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om "Ja" i vilket bolag?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om "Ja" hur många?	
Beskriv skadeorsak och omfattning. Ange om möjligt primär och sekundärfel.		
Om reparation inte går, ange orsak samt förslag till ny produkt. Preciserat med fabrikat och typ.		
Föremålets ungefärliga värde (i begagnat skick) före skadan.		Kronor:	
HÄR NEDAN FÖLJER EN UPPSTÄLLNING ÖVER REPARATIONSKOSTNADEN			
Specifikation av material vid reparation / eller uppgift om fabrikat, typ vid byte		Kronor inkl montering och moms	
.....		
.....		
.....		
Kommer någon förbättring, reparation eller översyn som inte berör skadan att göras? Om "Ja" skall detta preciseras med material, arbete (inkl moms).		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Material:		Kronor:	
Arbete:		Kronor:	
VIKTIGT: Om kostnaden ökar från denna rapport, kontakta Länsförsäkringar omgående.			
FÖRETAG		REPARATÖRENS UNDERSKRIFT	
Kylackreditering SWEDAC nr:		Datum:	
Tel kontoret:	
Mobiltelefon:	
		NAMNFÖRTYDLIGANDE	