

Namn:
Postadress:
Postnummer och postort:

Försäkringsnummer:
Villkor (ifylls av bolaget)
Begynnelsedag (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	
Finns kollektiv hemförsäkring som tecknats av fackförbund? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vilken familjemedlem?	Fackförbund
Är egendomen även försäkrad i annat bolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Försäkringsbolag + nr

Påbörja inte större skadereparationer innan försäkringsbolaget lämnat sitt godkännande.

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

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

Maskin (värme, vattenledning, kulvert etc.)

Vad har skadats?				Inst. år / datum
Orsak?				
Det skadade föremålet:	Fabrikat:	Typ	Tillverkn. nr	Ålder
Reparatörsrapport bifogas	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Kommer att insändas			

KYL/FRYS

Orsak till driftsavbrottet?				
Frysens fabrikat etc.	Fabrikat	Typ	Volym	Inst. år/datum

MATVAROR I FRYS (Bifoga separat specifikation på eventuella förstörda matvaror)

Har samtliga varor förstörts?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Av vilken anledning har varorna skadats?	
Storlek på frysboxen el frys-skåpet där varorna förvarades	Antal liter

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:

REPARATÖRSRAPPORT

Försäkringsnummer:

Telefon

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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", vilket? Finns mer än en skada?	Hur många? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Beskriv skadeorsak och omfattning. Ange om möjligt primär och sekundärfel.			
Om reparation inte går, ange orsak samt förslag till ny produkt. Preciserar med fabrikat och typ.			
Föremålets ungefärliga värde (i beg. skick) före skadan.	Kronor		

Här nedan följer en uppställning över reparationskostnaden

Specifikation av material vid reparation / eller fabrikat vid byte	Kronor inkl montering och moms
Kommer någon förbättring, reparation eller översyn som inte berör skadan att göras? Om ja specificera med material och arbete. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Material:	Kronor:
Arbete:	Kronor:

VIKTIGT: Om kostnaden ökar från denna rapport, kontakta Länsförsäkringar omgående.

Företag:	Datum:
Kylackreditering SWEDAC nr:	Underskrift
Tel kontoret:	
Mobiltelefon:	Namnförtydligande