

Anmälan om entreprenadskada

allrisk, sak, ansvar och rot-försäkring

Skadenummer (bolagets notering)

Försäkringstagare		Skadedatum	Försäkringsnummer
Namn		Organisationsnummer	
Adress	Postnummer		Ort
E-postadress			Fax
Telefon arbete	Telefon bostad	Bankgironummer	PlusGironummer
Handläggare hos försäkringstagare			Telefon
Till vem kan besiktningsmannen vända sig vid besiktning			Telefon

Entreprenaduppgifter

Byggherre/beställare		Entreprenadsumma		
Entreprenad		Igångsättningsdatum		
Garantiperiod fr o m	t o m	Övertaget byggherreansvar <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Leveransbestämmelser <input type="checkbox"/> AB92 <input type="checkbox"/> AB04 <input type="checkbox"/> AFU92 <input type="checkbox"/> NLM94	Löpande räkning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Arbetschef	Telefon	Platschef?	Telefon	
Kontrollant	Telefon	Byggherrens/beställarens handläggare	Telefon	

Skadelidande

Namn		Telefon bostaden	
Adress	Postnr	Ort	
E-postadress		Telefon arbetet	Fax
Skadelidandes handläggare		Telefon arbetet	Telefon bostaden
Den skadelidandes förhållande till försäkringstagaren <input type="checkbox"/> Byggherre/beställare <input type="checkbox"/> Underentreprenör <input type="checkbox"/> Sidoentreprenör <input type="checkbox"/> Tredje man			
Anställd <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	I vilken befattning	Är den skadelidande skyldig redovisa mervärdesskatt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Övriga parter

Namn	Handläggare	Telefon
Förhållande till försäkringstagaren <input type="checkbox"/> Underentreprenör <input type="checkbox"/> Sidoentreprenör <input type="checkbox"/> Beställarens konsult <input type="checkbox"/> Egen konsult <input type="checkbox"/> Annan		
Namn	Handläggare	Telefon
Förhållande till försäkring <input type="checkbox"/> Underentreprenör <input type="checkbox"/> Sidoentreprenör <input type="checkbox"/> Beställarens konsult <input type="checkbox"/> Egen konsult <input type="checkbox"/> Annan		

Händelseförlopp

Skadan inträffade datum	Klockan	Plats
Redogörelse för skadans orsak och omfattning (bifoga gärna skiss)		

OBS!

Ersättningsanspråk, kompletterande uppgifter och underskrift på baksidan

Händelseförlopp (forts)

Utredning

Har utredning gjorts av polisen datum <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	av yrkesinspektionen datum <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bifoga alltid kopia av protokoll eller rapport
av brandkåren datum <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	besiktning av Trygg-Hansa datum <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Vittne, namn	Telefon arbete	Telefon bostaden
Adress	Postnr	Ort
Vem anser ni bära skulden till skadan?		
Vari består skulden?		
Har den skadelidande genom egen oförsiktighet medverkat till skadan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej På vilket sätt?		
Har skadeståndsansråk framställts mot er? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Anser ni att ersättningsskyldighet föreligger och är ni beredd att delta med er självrisk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Finns ansvarighetsförsäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Försäkringsbolagets namn	Försäkringsnr

Egendomsskada

Skadade eller förstörda föremål	Inköpsår	Inköpspris	Värdeföre skadan	efter skadan	Ersättningsanspråk
Har den skadelidande egendom försäkrad i annat bolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Försäkringsbolagets namn		Försäkringsnr		

Personskada

Namn	Personnr		
Vilken kroppsdel är skadad?	Telefon		
Var den skadade sysselsatt med arbete i annans tjänst? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	På väg till eller från arbete <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Den skadades arbetsgivare			
Den skadades ålder	Årsinkomst	Har den skadade frivillig försäkring mot olycksfall eller sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Belopp
Försäkringsgivare			
Bifoga alltid kopia av de delar av kontraktet som beskriver parternas försäkringsåtagande samt ansvar vid inträffad skada			
Ort och datum		Försäkringstagarens namnteckning	