

Anmälan om ansvarsskada



Företag/Industri

Information om hur du fyller i anmälan finner du på sid 3.

Försäkringsnummer

Person-/organisationsnummer

FÖRSÄKRINGSTAGARE

Namn

Efternamn

Utdelningsadress

Postnummer och ortnamn

Telefon

Telefax

Mobil

Redovisningsskyldig för moms

Ja Nej

Ersättning/betalning önskas till följande konto

Plusgiro Bankgiro Bankkonto

Clearing- kontonummer

Handläggare hos försäkringstagaren

Mail

SKADESTÅNDSKRÄVANDE

Namn

Efternamn

Person-/organisationsnummer

Utdelningsadress

Postnummer och ortnamn

Telefon

Telefax

Mobil

Redovisningsskyldig för moms

Ja Nej

Ersättning/betalning önskas till följande konto

Plusgiro Bankgiro Bankkonto

Clearing- kontonummer

Handläggare hos den skadelidande

Mail

HÄNDELSEFÖRLOPP

Skade-år

månad

dag

klockan

plats

Handläggare hos den skadelidande

FÖRSÄKRING I ANNAT BOLAG

Finns ansvarsförsäkring i annat bolag? Försäkringsbolagets namn

Försäkringsnr

AVTAL

Föreligger avtalsförhållande med den skadeståndskravande?

Nej Ja, bifoga kopia av avtalshandlingen

UTREDNING

Har utredningen gjorts av polisen, yrkesinspektionen eller annan myndighet?

Nej Ja, bifoga kopia av utredningen

Vittne, namn

Telefon bostaden

Telefon arbetet

Utdelningsadress

Postnummer och ortnamn

SKADESTÅNDSANSVAR OCH SJÄLVRISK

Vem anser du vara ansvarig för skadan?

Vari består skulden?

Telefon bostaden

Telefon arbetet

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

På vilket sätt?

Har skadeståndsanspråk framställts?

Nej Ja, bifoga kravet

Med vilket belopp?

När? År, månad, dag

Anser du att skadeståndsskyldighet föreligger?

Ja Nej

Är du beredd att delta med din självrisk?

Ja Nej

SAKSKADA

Var den skadade egendomen vid skadetillfället: omhändertagen för användning, reparation, transport eller liknande? Ja Nej

hyrd, leasad, lånad eller nyttjad?

Ja Nej

Har den skadeståndskravande egendomen försäkrad (brand, glas, vatten) i annat bolag?

Nej Ja, bifoga kravet

Försäkringsbolagets namn

Försäkringsnr

Skadade eller förstörda föremål

Inköpsår

Inköpspris*

Värde före skadan

Värde efter skadan

Ersättningsanspråk

* För skadeståndskravande som redovisar moms anges inköpspris exklusive moms.

Summa

PERSONSKADA

Har personskadan inträffat under fritid eller i samband med arbete?

Fritid Arbete

Den skadades arbetsgivare

Var den skadade på väg till eller från arbetet?

Nej Ja

Har den skadade frivillig försäkring mot olycksfall eller sjukdom?

Nej Ja

Försäkringsgivare

SÄRSKILDA ANVISNINGAR

Riskerar du att få betala skadestånd?

För att kunna hantera det skadeståndsanspråk som riktats mot dig så snabbt som möjligt behöver vi din hjälp.

Vi vill att du fyller i denna anmälan så omsorgsfullt du kan. Förutom att vi sparar tid blir det också lättare för oss att bedöma ditt ärende om blanketten är ordentligt ifylld.

Tycker du inte att den förtryckta blanketten passar just din situation får du gärna bifoga en egen beskrivning av händelseförloppet.

Ifs medarbetare företräder dig.

När vi får dina handlingar utser vi din personliga handläggare. Han/hon tar hand om ditt ärende och hjälper dig till rätta om du undrar över något. Om din ansvarsförsäkring omfattar den aktuella händelsen kommer din handläggare att fungera som din/ditt företags ombud.

If:

- utreder om det föreligger skadeståndsskyldighet
- förhandlar med den som kräver skadestånd
- för talan vid eventuell rättegång
- ersätter det skadestånd som överstiger försäkringens självrisk

UNDERSKRIFT (Samtliga uppgifter i denna anmälan är sanningsenliga, vilket härmed intygas.)

Datum

Försäkringstagarens namnteckning

Namnförtydligande



Skickas till:

If

F200

106 80 Stockholm

Vxl: 0771-43 00 00

