Insändes till

Skadekonsult AB
Box 12810, 112 97 Stockholm
Tel.: 08-737 85 00
E-post: claims@skadekonsult.se

SKADEANMÄLAN - FÖRETAG
KUNDOLYCKSFALL

Skadenr.	
Försäkring nr.	

Försäkringstagare

Namn	Organisationsnummer		Skyldig redovisa moms ☐ Ja ☐ Nej
Utdelningsadress	Postnr.	Postort	Telefon arbetet
Handläggare hos försäkringstagaren	Faxnr.	Postgiro	Bankgiro
E-postadress		Mobiltelefon	

Skadelidande

Namn	Yrke	Person/Organisationsnr.
Utdelningsadress (gata, box e.d.)	Telefon bostaden	Telefon arbetet
Postnr. och postadress	Postgiro nr.	Bankgiro nr.
Handläggare hos den skadelidande	Telefon bostaden	Telefon arbetet
E-postadress	Mobiltelefon	

Händelseförlopp

Skadedatum (år,mån,dag)	kl	Skadeplats
Redogör för skadans orsak och omfattning (Bifoga gärna skiss)		

Allmänna uppgifter

Har utredning gjorts av polisen ☐ Ja ☐ Nej	av yrkesinspektionen ☐ Ja ☐ Nej	**Bifoga gärna kopia av protokoll eller rapport**
Vem anser Ni bär skulden till skadan. Om Ert barn förorsakat skadan anges barnets ålder.		
Vari består skulden		
Har den skadelidande genom egen oförsiktighet medverkat till skadan ☐ Ja ☐ Nej	på vilket sätt	
Har skadeståndsanspråk framställts mot Er ☐ Ja ☐ Nej	Med vilket belopp	

Vittnen

Namn	Telefon bostaden	Telefon arbetet
Utdelningsadress (gata, box e.d.)	Postnr och postadress	
Namn	Telefon bostaden	Telefon arbetet
Utdelningsadress (gata, box e.d.)	Postnr och postadress	

Personskada

Vari består skadan		
Var den skadade sysselsatt med arbete i annnans tjänst ☐ Ja ☐ Nej	på väg till eller från arbetet ☐ Ja ☐ Nej	
Den skadades arbetsgivare		
Den skadades ålder	Har den skadade frivillig försäkring mot olycksfall eller sjukdom ☐ Ja ☐ Nej	Försäkringsbolag

Ev. ytterligare noteringar - bifoga läkarintyg och andra handlingar som styrker skadan

Försäkringstagarens underskrift

Jag/vi intygar på heder och samvete att alla uppgifter i denna skadeanmälan är sanningsenliga

Ort och datum	Försäkringstagarens namnteckning