

Insändes till

Skadekonsult AB

Box 12810, 112 97 Stockholm

Tel.: 08-737 85 00

E-post: claims@skadekonsult.se

SKADEANMÄLAN - FÖRETAG

RÄTTSSKYDD

Skadenr.

Försäkring nr.

Försäkringstagare

Namn	Organisationsnummer		Skyldig redovisa moms <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Utdelningsadress	Postnr.	Postort	Telefon dagtid
Handläggare hos försäkringstagaren	Faxnr.	Postgiro	Bankgiro
E-postadress	Mobiltelefon		

Medförsäkrad (ifylles när anmälan avser annan än försäkringstagaren)

Namn	Organisationsnummer		Skyldig redovisa moms <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Utdelningsadress	Postnr.	Postort	Telefon dagtid
Handläggare	Telefon dagtid	Postgiro	Bankgiro
E-postadress	Mobiltelefon		

Övriga uppgifter

Har Ni anlitat advokat eller jurist	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Advokatens namn, advokatbyrå	
När skedde detta?	Datum	Adress, telefon	
Om försäkring inte funnits hos oss i två år när tvist uppkommer, v.v. ange tidigare försäkring(ar).	Försäkringsbolag		Försäkringsnummer
Motpart(er)	Namn, adress		
	Namn, adress		
Eventuell(a) medpart(er)	Namn, adress		
	Försäkringsbolag		Försäkringsbolag

Ifylls vid skattemål

Vilken typ av fråga gäller saken? (Bifoga kopia av skattemyndighetens inlägga eller andra handlingar)	

Uppgifter om tvisten

När uppkom tvisten	Datum		
Vem framställde först de krav eller anspråk som orsakat tvisten?	Framställan gjordes den		
	<input type="checkbox"/> Försäkringstagaren	<input type="checkbox"/> Motparten	
När avvisades första gången krav eller anspråk?	Datum		
	V g vänd!		

Fortsättning (från föregående sida)

Vad gäller tvisten? Bifoga kopia av stämningensansökan och övriga handlingar som Ni bedömer vara av värde för oss. Ange vilka omständigheter - t ex avtal, köp, olyckshändelse i trafik - som ligger till grund för tvisten	

Beskriv motpartens inställning till tvisten	

Ytterligare upplysningar för ärendets handläggning	

Försäkringstagarens underskrift

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

Ort och datum	Försäkringstagarens namnteckning
---------------	----------------------------------

Namnförtydligande