

SKADEANMÄLAN Egendom

Försäkringsnr:

Skadenr:

AVSEENDE

- | | | | |
|--|----------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Byggnad | <input type="checkbox"/> Brand | <input type="checkbox"/> Vattenledning | <input type="checkbox"/> Naturfenomen |
| <input type="checkbox"/> Innehåll/lösöre | <input type="checkbox"/> Inbrott | <input type="checkbox"/> Maskin | <input type="checkbox"/> Övrigt |

FÖRSÄKRINGSTAGARE

Namn		Organisationsnummer
Utdelningsadress		
Postnummer	Postort	Redovisningskyldig för moms? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Kontaktperson		Telefonnummer
Email		

NÄR OCH VAR INTRÄFFADE SKADAN

När inträffade skadan? Datum och klockslag	När upptäcktes skadan? Datum och klockslag	
Var inträffade skadan? Gatadress		
Fastighetsbeteckning	Ort	Kvarter / tomt
I vilket utrymme inträffade skadan? (Beskriv så precist som möjligt, t.ex. "Skolbiblioteket på andra våningen")		

UPPGIFTER OM SKADAN

Vad har orsakat skadan? (Händelseförlopp, brandsak, inbrottsmetod, etc.)
Beskriv skadans omfattning och andra relevanta omständigheter

