

**Försäkringstagare**

Försäkringstagarens namn			Skadenr (Moderna Försäkringars notering)	
Utdelningsadress			Försäkringsnr	
Postnr och postort			Person-/org.nr	
Är ni redovisningsskyldig för moms? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Telefon dagtid	Bank och kontonummer	Bankgiro	Plusgiro
Kontaktperson hos försäkringstagaren	Telefon dagtid	Mobiltelefon	E-post	

**Skadelidande**

Skadelidandes namn			Person-/org.nr	
Utdelningsadress		Postnr och postort		
Är skadelidande redovisningsskyldig för moms? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Telefon dagtid	Bank och kontonummer	Bankgiro	Plusgiro
Är försäkringstagaren släkt med den skadelidande? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om "Ja", hur		
Är försäkringstagaren medlem i samma hushåll som den skadelidande? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Ev. anmärkning		
Är försäkringstagaren anställd hos den skadelidande? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		I vilken befattning/omfattning		
Är den skadade anställd hos försäkringstagaren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		I vilken befattning/omfattning		

**Skadedata** Skadestånd bör under inga förhållanden medges förrän Moderna Försäkringar lämnat sitt godkännande

Hos vem inträffade skadan?		
Var inträffade skadan? (Precisera närmare, t ex "i köket", "i trappuppgången", "på gångbanan", "på arbetsplatsen")		
Adress, postadress		
När inträffade skadan? Dag, datum och klockslag		
Har skadeståndskrav framställts? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja" ange när?	Belopp, kr
Hade någon av de försäkrade lånat, hyrt, köpt på avbetalning eller på annat sätt tagit hand om egendomen? Vilken dag skedde i så fall omhändertagandet?		
Om vi finner er skadeståndsskyldig, kommer ni då att acceptera?		
Hur inträffade skadan? Utförlig beskrivning, bifoga gärna skiss eller fotografier.		

**Undersökning** Bifoga alltid kopia av protokoll eller rapport.

Vem har utredningen gjorts av? <input type="checkbox"/> Polisen <input type="checkbox"/> Arbetsmiljöverket <input type="checkbox"/> Brandförsvaret <input type="checkbox"/> Annan:		Anmälningsdatum
Eventuella vittnen till händelsen (namn, adress och telefon)		
Vem anser ni är skadevällande och varför?		
Om barn är vållande ange ålder		
Har den skadelidande genom egen oförsiktighet medverkat till skadan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om "Ja" motivera varför

**Personskada (kroppsskada)**

Den skadades yrke	Den skadades arbetsgivare
Vilka kroppsskador har uppkommit? (Läkarintyg bör bifogas)	
Vilken försäkringskassa tillhör den skadade?	
Sjukpenningens storlek per dag? Kr	Hur stor är den skadades årsinkomst av arbete? Kr
Inträffade olyckan i den skadades arbete eller på väg till eller från arbetet	
Finns olycksfallsförsäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", i vilket bolag?

**Egendomsskada**

Vad har skadats?		
Beskriv skadans art och omfattning		
Ange de skadade föremålens ålder och inköpspris		
Var föremålen försäkrade? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", i vilket bolag	Försäkringsnr
Kan föremålen repareras? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Den skadade egendomens värde omedelbart före händelsen? Kr	Den skadade egendomens värde omedelbart efter händelsen? Kr	
Hur stor ersättning begär den skadelidande förutsatt att skadad egendom behålls av ägaren (ev för reparation e dyl)? Kr	Hur stor ersättning begär den skadelidande förutsatt att skadad egendom övertas av försäkringsbolaget? Kr	

**Kompletterande upplysningar**


**Moderna Försäkringar skall omgående meddelas om Ni erhåller stämning p g a denna ansvarsskada!****Underskrift** Riktigheten av lämnade uppgifter intygas

Ort	Datum	Underskrift, försäkringstagare
		Namnförtydligande