

Skadeanmälan

Maskinskada

Sida 1 av 2

Försäkringstagare

Försäkringstagarens namn		Skadenr (Moderna Försäkringars notering)	
Utdelningsadress		Försäkringsnr	
Postnr och postort		Telefon dagtid	
Är ni redovisningsskyldig för moms? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja" ange person-/org.nr	Utbetalning önskas till: <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro	
		Kontonummer	

Skadedata

När inträffade skada (Datum och klockslag)		När upptäcktes skadan? (Datum och klockslag)	
Var inträffade skadan? (Byggnad)		Fastighetsbeteckning	
Postadress	Postnr och postort		
Vem upptäckte skadan?		Telefon dagtid	

Skadeförteckning

Skadade enheter	Fabrikat	Typbeteckning	Tillverkningsnr	Tillverkningsår	Storlek kW, hk, m ² el dyl

Skadeförteckning

Beskriv utförligt hur skadan inträffade
Skadeorsak
Beskriv detaljerat vilka skador som uppkom (art och omfattning)
Vilka åtgärder har vidtagits för att begränsa skadan?

Skadebeskrivning forts

Fungerade det skadade föremålet oklanderligt?		
Om inte, motivera varför		
Vid skada på värmeledningsanläggning	Material i varmvattenberedare	Material i värmevattenrören
Kan det skadade föremålet genom reparation försättas i driftduligt skick?		Om "Nej", varför inte
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Vem kan utföra reparationen?		Telefonnr
Har reparatör uttalat sig om skadan	Om "Ja", namn och telefonnr. Bifoga om möjligt rep. rapport.	Vad uppskattas kostnaden till? Kr
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Hur länge har ni använt den skadade maskinen?		
Var den vid införskaffandet ny eller begagnad?		
Finns det någon gällande fabriksgaranti för de skadade enheterna?		Om "Ja", bifoga garantiutfästelsen
Är de skadade enheterna försäkrade i annat bolag?	Försäkringsbolag	Försäkringsbelopp kr
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Vem handlägger skadan hos er?		Telefonnr dagtid
Mobil	E-post	

Kompletterande upplysningar

--	--	--

Underskrift Riktigheten av lämnade uppgifter intygas

Ort	Datum	Försäkringstagarens namnteckning
		Namnförtydligande