

Försäkringsnummer - ifylls alltid

Skadenummer - försäkringsbolagets notering

Försäkringstagare

Namn		Organisationsnummer	
Utdelningsadress		Postnr och postort	
Telefon dagtid	Mobil	E-post	
Kontaktperson hos försäkringstagaren	Telefon dagtid	E-post	

Entreprenaduppgifter

Byggherre/beställare			Entreprenadsumma
Entreprenad (namn)		Igångsättningsdatum	Garantiperiod fr.o.m.- t.o.m.
Övertaget byggherreansvar Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Leveransbestämmelser, avtal bifogas		Löpande räkning Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Arbetschef	Telefon	Platschef	Telefon
Kontrollant	Telefon	Byggherrens/beställarens kontaktperson	Telefon

Skadelidande

Skadelidandes namn		Telefon arbetet	Telefon bostaden
Utdelningsadress		Postnr och postort	
Skadelidandes kontaktperson		Telefon arbetet	Telefon bostaden
Den skadelidandes förhållande till försäkringstagaren			
Byggherre/beställare <input type="checkbox"/> Underentreprenör <input type="checkbox"/> Sidoentreprenör <input type="checkbox"/> Tredje man <input type="checkbox"/>			
Anställd Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	I vilken befattning	Är den skadelidande skyldig att redovisa moms? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Organisationsnummer

Övriga parter

Namn		Kontaktperson	Telefon
Förhållande till försäkringstagaren			
Underentreprenör <input type="checkbox"/> Sidoentreprenör <input type="checkbox"/> Beställarens konsult <input type="checkbox"/> Egen konsult <input type="checkbox"/> Annan <input type="checkbox"/>			
Namn		Kontaktperson	Telefon
Förhållande till försäkringstagaren			
Underentreprenör <input type="checkbox"/> Sidoentreprenör <input type="checkbox"/> Beställarens konsult <input type="checkbox"/> Egen konsult <input type="checkbox"/> Annan <input type="checkbox"/>			

Personskada (kroppsskada)

Den skadades namn		Personnummer
Vilka kroppsskador har uppkommit? (Läkarintyg bör bifogas)		Telefon
Var den skadade sysselsatt med arbete i annans tjänst? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Uppkom skadan på väg till eller från arbetet? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Den skadades arbetsgivare	Telefon	
Har den skadade frivillig försäkring mot olycksfall eller sjukdom? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om Ja, i vilket bolag?	

Personskada

Bifoga alltid kopia av de delar av kontraktet som beskriver parternas försäkrings åtagande samt ansvar vid inträffad skada. Dessutom skall kopia av all korrespondens bifogas.

Fullmakt och underskrift

Riktigheten av lämnade uppgifter intygas

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

Skadeanmälan skickas till:

Svedea AB
Sveavägen 38
111 34 Stockholm

Svedea AB
 Sveavägen 38
 111 34 Stockholm
 Telefon: 0771-160 199
 Org.nr: 556786-1678
 www.svedea.se