

	Skadedatum	Försäkringsnr
Försäkrings- tagare	Namn	
	Organisationsnr	
	Utdelningsadress	
	Telefon, även riktnr	
	Postnr och ortnamn	
Fax, även riktnr		
Kontaktperson hos försäkringstagaren		Telefon, även riktnr
E-post		Fax, även riktnr
Entreprenad	Entreprenad, namn, typ (Bygg, måleri, vvs etc)	
	Entreprenadsumma	
	Byggherre	
	Er beställare	
	<input type="checkbox"/> Byggherren <input type="checkbox"/> Annan:	
	Igångsättningsdatum	Garantiperiod från och med – till och med
	Entreprenad-, montage- eller leveransbestämmelser	
	Löpande räkning?	
	<input type="checkbox"/> AB04 <input type="checkbox"/> ABT06 <input type="checkbox"/> NLM02 <input type="checkbox"/> ABT06 <input type="checkbox"/> Annan:	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Beställarens kontaktperson	Telefon, även riktnr	Platschef
		Telefon, även riktnr
Kontrollant	Telefon, även riktnr	Arbetschef
		Telefon, även riktnr
Uppdragsbeskrivning		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
Skadeställe	Skadeställets adress, kommun	
	Fastighets-/husbeteckning eller liknande	
Kontrakt- kedja	Sätt kryss för din placering i kontraktskedjan	
	<input type="checkbox"/> Byggherre	<input type="checkbox"/> Underentreprenör
	<input type="checkbox"/> Totalentreprenör	<input type="checkbox"/> Sidoentreprenör
	<input type="checkbox"/> Generalentreprenör	<input type="checkbox"/> Leverantör
	<input type="checkbox"/> Entreprenör	
<pre> graph TD Byggherre --- Totalentreprenör Byggherre --- Generalentreprenör Byggherre --- Annan_entreprenör Byggherre --- Sidoentreprenör Totalentreprenör --- Underentreprenör Generalentreprenör --- Underentreprenör Annan_entreprenör --- Underentreprenör Underentreprenör --- Leverantör Sidoentreprenör --- Leverantör </pre>		
Annan berörd part Skadelidande, under- eller sidoentre- prenör etc.)	Namn	
	Organisationsnr	
	Utdelningsadress	
	Telefon, även riktnr	
	Postnr och ortnamn	
	Fax, även riktnr	
Kontaktperson		Telefon, även riktnr
E-post		Fax, även riktnr
Förhållande till försäkringstagaren		Annan
<input type="checkbox"/> Byggherre	<input type="checkbox"/> Huvudentreprenör	<input type="checkbox"/> Under- entreprenör

Händelse- förlopp	Skadedatum år, månad, dag, klockslag Skadeplats inom skadestället
	Redogörelse för skadans/felets orsak och omfattning (bifoga gärna skiss eller fotografier)
Skade- kostnad	Beräknad skadekostnad, kr
Utredning	Diariernr, skadenr eller liknande
	Vem har utredning gjorts av?
	<input type="checkbox"/> Polisen <input type="checkbox"/> Yrkes- inspektionen <input type="checkbox"/> Brand- försvaret <input type="checkbox"/> Annan:
	Kontaktperson, namn Telefon, även riktnr
	Utdelningsadress Fax, även riktnr
	Postnr och ortnamn
	E-post
Om vi finner er skadeståndsskyldig, kommer ni att acceptera att vi reglerar skadan med motparten och att ni betalar självriskan?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Underskrift	Riktigheten av lämnade uppgifter intygas
	Ort och datum Försäkringstagarens underskrift
	Namnförtydligande

Bifoga kopior av:

- De delar av kontraktet som beskriver parternas försäkringsåtagande samt ansvar vid inträffad skada. Dessutom ska kopia av all korrespondens bifogas.
- Samtliga besiktning-, mötesprotokoll etcetera som behandlar skadan/felet.