

# Skadeanmälan

## Ansvarsskada

**Moderna**

### Försäkringstagare

Företagets namn	Organisationsnummer
Utdelningsadress	Skadenummer
Postnummer och postort	Försäkringsnummer
Kontaktperson	Telefon
E-post	

### Momsredovisning

Är företaget momsredovisningsskyldig?

 Ja  Nej  Delvis 

### Skadelidande

Skadelidandes namn	Personnummer (ååmmdd-xxxx) / org. nr
--------------------	--------------------------------------

Adress, postnummer och postort

E-post	Telefon dagtid
--------	----------------

Ersättning önskas utbetald till (bank, clearingnr samt kontonr)	Bg <input type="checkbox"/> Pg <input type="checkbox"/>	Bankgironummer/Plusgironummer
---	---	-------------------------------

Är skadelidande redovisningsskyldig för moms?	I vilken befattning?
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	

Är den skadelidande anställd hos försäkringsgivaren eller försäkringstagaren?

### Skadedata (skadestånd bör under inga förhållanden medges förrän Moderna lämnat sitt godkännande)

När inträffade skadan? (dag, datum, klockslag)	Hos vem inträffade skadan?
--	----------------------------

Var inträffade skadan? (precisera närmare, t ex i köket, i trappuppgången, på arbetsplatsen)

Adress, postnummer och postort

Beskriv skadehändelsen, hur inträffade skadan? (utförlig beskrivning, bifoga gärna skiss eller fotografier)



F A N 2 0 1 3 1

# Skadeanmälan

## Ansvarsskada

forts. beskriv skadehändelsen

---



---



---



---

Har skadestånd framställts? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om ja, ange när?	Belopp, kr
---	------------------	------------

Avser skadan lånad eller hyrd egendom?  
Ja  Nej

Om vi finner er skadeståndsskyldig, komet ni då att acceptera?  
Ja  Nej

Vem anser ni är skadevållande och varför?

Har den skadelidande genom egen oförsiktighet medverkat till skadan? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om ja, motivera varför
--	------------------------

### Personskada (kroppsskada)

Uppstod personskada?  
Ja  Nej

Inträffade olyckan i den skadades arbete eller på väg till eller från arbetet?

Finns olycksfallsförsäkring? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om ja, i vilket bolag?
--	------------------------

### Egendomsskada

Ange de skadade föremålens ålder och inköpspris

Föremål	Föremålets ålder	Inköpspris



F A N 2 0 1 3 1

# Skadeanmälan

## Ansvarsskada

Var föremålen försäkrade?

Ja  Nej

Om ja, i vilket bolag?

Kan föremålen repareras?

Ja  Nej

Den skadade egendomens värde omedelbart före händelse? Ange i kr

Den skadade egendomens värde omedelbart efter händelse? Ange i kr

Hur stor ersättning begär den skadelidande förutsatt att skadad egendom behålls av ägaren (ev reparation el dy)? Ange i kr

Hur stor ersättning begär den skadelidande förutsatt att skadad egendom övertas av försäkringsbolag? Ange i kr

### Underskrift försäkringstagare

Riktigheten av lämnade uppgifter intygas:

Ort och datum

Försäkringstagarens underskrift

Namnförtydligande v g texta

### Skadeanmälan skickas till:

Moderna Försäkringar  
Företags- och Industriskador  
FE 380  
106 56 Stockholm

### Vid frågor kontakta:

foretagsskador@modernaforsakringar.se

### Läs vår integritetspolicy på:

[www.modernaforsakringar.se/integritet](http://www.modernaforsakringar.se/integritet)

Eller via e-post: [foretagsskador@modernaforsakringar.se](mailto:foretagsskador@modernaforsakringar.se)

