

Skadeanmälan

Transportöransvar

Moderna

Lastbilscentral

Namn	Försäkringsnummer	
Utdelningsadress	Organisationsnummer	
Postnummer och postort	Telefon	
E-post	Fordonets reg.nr	Släpvagnens reg.nr

Fordonsägare

Namn	Försäkringsnummer	
Utdelningsadress	Telefon	
Postnummer och postort	Organisationsnummer	
E-post		
Ersättning önskas utbetald till (bank, clearingnr samt kontonr)	Bg <input type="checkbox"/> Pg <input type="checkbox"/>	Bankgironummer/Plusgironummer

Förare

Namn	Försäkringsnummer	
Utdelningsadress	Telefon	
Postnummer och postort	Personnummer	
E-post	Anställd hos fordonsägare? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	

Transport

Utfördes transporten för något transportförmedlningsföretag? Om ja, vilket?

 Ja Nej

Har transportavtal träffats enligt Svenska Åkeriförbundets ansvarsbestämmelser för budbil?

 Ja Nej

Uppgifter vid skadehändelse

Skadedatum	Lastningsort	Lossningsort
Medverkade avsändare eller mottagande personal? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Användes temp skrivare? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Vem eller vad orsakade skadan?		



F T A 2 0 1 3 1

Skadeanmälan

Transportöransvar

Uppgifter om transporterat gods (kasserat eller utdömt gods får inte bortkastas utan Moderna Försäkringars medgivande)

Godsslag		Vikt		
Avsändare		Mottagare		
Ägare till skadat	Varuslag	Vikt	Värde i oskadat skick	Önskad ersättning

På vilket sätt är godset skadat?

Förvaringsplats för det skadade godset	Telefonnummer
--	---------------

Skadelidande

Skadelidande namn

Adress	Postnummer och ort
Telefon	Finns separat godsförsäkring? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Uppgifter vid trafikolycka

Tidpunkt	Olycksplats	
Lastningsort	Lossningsort	Har fordonsskadan anmälts till fordonsförsäkringsgivaren? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Fordonsförsäkringsgivarens namn	Lasten bärgades av	
Fordonet bärgades av		

Om olyckan förorsakats av kollision med annat fordon, eller som en direkt följd av möte med annat fordon, uppgi om möjligt det andra fordonets reg nr och trafikförsäkringsbolag nedan



F T A 2 0 1 3 1

Skadeanmälan

Transportöransvar

Uppgifter vid trafikolycka (forts.)

Ägarens namn och e-postadress

Adress

Postnummer och ort

Vem eller vad bär enligt er uppfattning skulden till olyckan?

Vid ev. vittnen, ange namn och adress

Noggranna upplysningar om händelseförloppet

Utredning av Polisen i (vid brand och stöld ska polisanmälan alltid göras)

Underskrift förare

Ort och datum

Förarens underskrift

Underskrift försäkringstagare

Ort och datum

Försäkringstagarens (lastbilscentralens) underskrift

Skadeanmälan skickas till:

Moderna Försäkringar
Företags- och Industriskador
FE 380
106 56 Stockholm

Eller via e-post: foretagsskador@modernaforsakringar.se

