

Försäkringstagare

Efternamn, förnamn / firma		Skadenr (fylls i av förs.bolaget)
Adress		Försäkringsnr
Postnr	Ort	Personnr (12 siffror) / org nr
Telefonnummer		Redovisningsskyldig för moms <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
E-post		
KOLLEKTIV FÖRSÄKRING? Är du medlem i facklig eller annan organisation som har kollektiv hemförsäkring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Har du anmält händelsen dit, ange försäkringsbolag och ev skadenummer:
Till vem ska ersättning betalas?		Bankkonto inkl. clearingnr, bg, pg, pk

Den skadelidande (den person som drabbats av kropps- eller egendomsskada)

Efternamn, förnamn / firma		Personnr (12 siffror) / org nr	
Adress	Postnr	Ort	
Telefonnummer			
Är den skadelidande släkt med eller tillhörande samma hushåll som försäkringstagaren?	Släkt <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Släktförhållande	Samma hushåll <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Vittne 1

Efternamn, förnamn	
Adress	
Postnr	Ort
Telefonnummer	

Vittne 2

Efternamn, förnamn	
Adress	
Postnr	Ort
Telefonnummer	

Allmänna uppgifter

1. När och var skedde skadan?	Datum Klockan (0-24)	På arbetsplatsen <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	I försäkringstagarens förhryrda bostad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
	Skadeplatsens adress			
2. Har anmälan gjorts till polisen?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Polisdistrikt		
3. Finns ansvarighetsförsäkring även i annat bolag?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Bolag	Försäkringsnummer	Är skadan anmäld dit? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
4a. Anser du någon person vara skuld till skadan?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Namn	Personnummer	
		Adress		
4b. På vilka grunder?				
4c. Anser du att den skadelidande själv har medverkat till skadans uppkomst? På vilket sätt?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Hur? (fortsätt gärna på baksidan)		
5. Har skadeståndsanspråk framställts mot dig?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Av vem?	Belopp	
6. Anser du skadeståndsanspråket skäligt?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			

Besvaras vid personskada

1. Har den skadade sökt läkarvård?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Ange vårdcentral, sjukhus etc.
2. Vari består skadan?		
3. Var befinner sig den skadade?		
4. Vilken var den skadades arbetsgivare vid skadetillfället?	Arbetsgivarens namn och adress	

Besvaras vid skada på fordon

1. Vilket fordonsslag blev skadat?	<input type="checkbox"/> Personbil <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Lastbil <input type="checkbox"/> Buss <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> Moped <input type="checkbox"/> Traktor <input type="checkbox"/>		
2. Vilket registreringsnummer har fordonet och var är det försäkrat?	Reg.nr.	Försäkringsbolag	
3. Var finns fordonet nu?			
4. Vilken verkstad kommer anlitas?	Namn och adress		
5. Vad kommer reparationen kosta	Kronor	<input type="checkbox"/> enligt egen bedömning	<input type="checkbox"/> enligt verkstadens bedömning

Redogörelse över händelsen (Rita gärna en skiss)

Försäkringstagarens underskrift

Namnteckning
Ort och datum

Behandling av personuppgifter

Länsförsäkringar Södermanland värnar om din integritet och är därför mycket försiktiga när vi behandlar dina personuppgifter. Fullständig information om hur vi behandlar personuppgifter finns i informationen "Behandling av personuppgifter" som du hittar på vår webbplats [lansforsakringar.se/personuppgifter](https://www.lansforsakringar.se/personuppgifter). Om du vill kan du få informationen skickad till dig, kontakta i så fall **0155-48 40 00** eller info@lfs.se och ange "Behandling av personuppgifter" i ämnesraden.

Postadress

Länsförsäkringar Södermanland
Digital dokumenthantering
Box 1503, 351 15 Växjö

Besöksadress

Västra Storgatan 4, Nyköping

www.lfs.se

Telefon

0155-48 40 00

Organisationsnummer

519000-6519