



Blanketten skickas till Uddevalla kommun
Försäkringsenheten
451 81 Uddevalla

Vi behandlar personuppgifter enligt GDPR

SKADESTÅNDSANSPRÅK MOT:
(kommun/bolag)

1. SKADESTÅNDRÄVANDE

Namn		Skyldighet att redovisa moms Ja Nej
Utdelningsadress		Telefon
Postnummer	Ort	Mobil
E-post		
Ersättning önskas till PG BG BK	Bank och kontonummer	

2. HÄNDELSEFÖRLOPP

Skadeår	Månad	Dag	Klockslag (00.00)	Plats
Redogörelse för skadans orsak och omfattning				

3. VID PERSONSKADA

Skadan har inträffat i samband med arbete	Skadan har inträffat på väg till eller från arbetet
Ersättningsanspråk i kr (specificera beloppet under rubrik 7)	
Har du egen försäkring vid olycksfall eller sjukdom? Nej Ja	Försäkringsbolag

4. VID ÖVRIGA SKADOR

Är den skadade egendomen försäkrad i annat bolag? Nej Ja	Försäkringsbolagets namn				
Har du anmält skadan till försäkringsbolaget? Nej Ja, den (datum)					
Skadade eller förstörda föremål modellbeteckning	Inköpsår	Inköpspris*	Uppskattat värde före skadan	Uppskattat värde efter skadan	Ersättningsanspråk
Annat ekonomiskt anspråk					
* För skadeståndskrävande som redovisar moms anges inköpspris exklusive moms.					Summa

5. UTREDNING

Har utredning gjorts av Polisen, Yrkesinspektionen eller annan myndighet? Nej Ja, bifoga kopia av utredningen som bilaga
--

6. SKADESTÅNDSANSVAR

Vem anser du vara ansvarig för skadan?
Vari består skulden?

7. ÖVRIGA NOTERINGAR

8. UNDERSKRIFT

Samtliga uppgifter i denna anmälan är sanningsenliga, vilket härmed intygas.		
Datum (åå-mm-dd)	Namnteckning	Namnförtydligande