

# Skadeanmälan ansvarsskada

**Moderna**

Försäkringstagare	Försäkringsnummer
Utdelningsadress	Skadenummer
Postnummer och postort	Telefon
E-post	Personnummer (ååmmdd-xxxx)/Org.nr

## Uppgifter om skadan

Skadeorsak	När inträffade skadan? (datum och klockslag)
När upptäcktes skadan? (datum och klockslag)	Vem upptäckte skadan?
Var inträffade skadan?	
Har reparatör uttalat sig om skadan? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om ja, ange namn och telefonnummer
Vad uppskattas kostnaden till? (i kr)	

## Uppgifter om den som orsakat skadan

Vem har orsakat skadan? Försäkringstagaren <input type="checkbox"/> Annan person <input type="checkbox"/>	Vid annan person, ange namn, adress och telefonnummer
Vid annan person, ange pers.nr(ååmmdd-xxxx)/org.nr	Telefon dagtid
	Folkbokförd hos försäkringstagaren Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Utdelningsadress, postnummer och ort om annan än försäkringstagaren	

## Uppgifter om annan försäkring

Har någon i familjen hemförsäkring genom sitt fackförbund? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om ja, ange fackförbund
--	-------------------------

## Uppgifter om den som kräver dig på ersättning

Skadelidande - namn	Personnummer (ååmmdd-xxxx)/Org.nr
Utdelningsadress	Postnummer och ort
E-post	Försäkringsbolag
	Är händelsen anmäld till skadelidandets försäkringsbolag? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Skadenummer	Telefon dagtid
	Telefon kvällstid



C A N 2 0 1 3 1

# Skadeanmälan ansvarsskada

Forts. uppgifter om den som kräver dig på ersättning  
Skadelidandets relation till försäkringstagaren

## Skadelidandets kontonummer

Ersättning önskas utbetald till (bank, clearingnr samt kontonr)

Bg  Pg

Bankgironummer/Plusgironummer

## Försäkringstagarens kontonummer

Ersättning önskas utbetald till (bank, clearingnr samt kontonr)

Bg  Pg

Bankgironummer/Plusgironummer

## Beskriv vad som hänt

## Skiss över händelseförloppet

## Underskrift

Samtliga uppgifter i denna anmälan är sanningsenliga, vilket härmed intygas

Ort och datum

Försäkringstagarens underskrift

## Blanketten skickas till

Moderna Försäkringar  
Privatskador  
FE 372  
106 56 STOCKHOLM

## Bifoga med din anmälan

- Kravbrev
- Ev. fakturor
- Bilder
- Kvitton

