

	Skadedatum	Försäkringsnr	
Försäkrings- tagare	Namn		Organisationsnr
	Utdelningsadress		Telefon, även riktnr
	Postnr och ortnamn		Fax, även riktnr
	Kontaktperson hos försäkringstagaren		Telefon, även riktnr
	E-post		Fax, även riktnr
Entreprenad	Entreprenad, namn, typ (Bygg, måleri, vvs etc)		Entreprenadsumma
	Byggherre		
	Er beställare <input type="checkbox"/> Byggherren <input type="checkbox"/> Annan:		
	Igångsättningsdatum	Garantiperiod från och med – till och med	
	Entreprenad-, montage- eller leveransbestämmelser <input type="checkbox"/> AB04 <input type="checkbox"/> ABT06 <input type="checkbox"/> NLM02 <input type="checkbox"/> ABT06 <input type="checkbox"/> Annan:		Löpande räkning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Beställarens kontaktperson	Telefon, även riktnr	Platschef Telefon, även riktnr
	Kontrollant	Telefon, även riktnr	Arbetschef Telefon, även riktnr
	Uppdragsbeskrivning		
Skadeställe	Skadeställets adress, kommun		
	Fastighets-/husbeteckning eller liknande		
Kontrakt- kedja	Sätt kryss för din placering i kontraktskedjan		
	<input type="checkbox"/> Byggherre	<input type="checkbox"/> Underentreprenör	<pre> graph TD Byggherre --- Totalentreprenör Byggherre --- Generalentreprenör Byggherre --- Annan_entreprenör Byggherre --- Sidoentreprenör Totalentreprenör --- Underentreprenör Generalentreprenör --- Underentreprenör Annan_entreprenör --- Underentreprenör Underentreprenör --- Leverantör Sidoentreprenör --- Leverantör </pre>
	<input type="checkbox"/> Totalentreprenör	<input type="checkbox"/> Sidoentreprenör	
	<input type="checkbox"/> Generalentreprenör	<input type="checkbox"/> Leverantör	
	<input type="checkbox"/> Entreprenör		
Annan berörd part Skadelidande, under- eller sidoentreprenör etc.)	Namn		
	Utdelningsadress		Telefon, även riktnr
	Postnr och ortnamn		Fax, även riktnr
	Kontaktperson		Telefon, även riktnr
	E-post		Fax, även riktnr
	Förhållande till försäkringstagaren <input type="checkbox"/> Byggherre <input type="checkbox"/> Huvudentreprenör <input type="checkbox"/> Under-entreprenör		Annan

Händelse- förlopp	Skadedatum år, månad, dag, klockslag	Skadeplats inom skadestället
	Redogörelse för skadans/felets orsak och omfattning (bifoga gärna skiss eller fotografier)	
Skade- kostnad	Beräknad skadekostnad, kr	
Utredning	Diariernr, skadenr eller liknande	
	Vem har utredning gjorts av?	
	<input type="checkbox"/> Polisen <input type="checkbox"/> Yrkes- inspektionen <input type="checkbox"/> Brand- försvaret <input type="checkbox"/> Annan:	
	Kontaktperson, namn	Telefon, även riktnr
	Utdelningsadress	Fax, även riktnr
	Postnr och ortnamn	
	E-post	
Underskrift	Om vi finner er skadeståndsskyldig, kommer ni att acceptera att vi reglerar skadan med motparten och att ni betalar självriskan?	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Riktigheten av lämnade uppgifter intygas	
	Ort och datum	Försäkringstagarens underskrift
		Namnförtydligande

Bifoga kopior av:

- De delar av kontraktet som beskriver parternas försäkringsåtagande samt ansvar vid inträffad skada. Dessutom ska kopia av all korrespondens bifogas.
- Samtliga besiktning-, mötesprotokoll etcetera som behandlar skadan/felet.