



Skador hanteras av Nordic Loss Adjusting AB – NLA
 Samtliga handlingar skickas till NLA:
 Nordic Loss Adjusting AB
 Box 1141
 171 22 SOLNA
 Tfn 08-411 11 60
 Fax 08-501 271 03
 Mail info@nlaab.com

Försäkringstagare

Försäkringstagarens namn		Skadenr (NLAs notering)		
Utdelningsadress		Försäkringsnr		
Postnr och postort	E-post	Person-/org.nr		
Är ni redovisningsskyldig för moms? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Telefon dagtid	Bank och kontonummer	Bankgiro	Postgiro

Skadelidande

Skadelidandes namn		Person-/org.nr		
Utdelningsadress		Postnr och postort		
Är skadelidande redovisningsskyldig för moms? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Telefon dagtid	Bank och kontonummer	Bankgiro	Postgiro
Är försäkringstagaren släkt med den skadelidande? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om "Ja", hur		
Är försäkringstagaren medlem i samma hushåll som den skadelidande? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Ev. anmärkning		
Är försäkringstagaren anställd hos den skadelidande? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		I vilken befattning/omfattning		
Är den skadade anställd hos försäkringstagaren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		I vilken befattning/omfattning		

Skadedata

Hos vem inträffade skadan?		
Var inträffade skadan? (Precisera närmare, t ex "i köket", "i trappuppgången", "på gångbanan", "på arbetsplatsen")		
Adress, postadress		
När inträffade skadan? Dag, datum och klockslag		
Har skadeståndskrav framställts? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja" ange när?	Belopp, kr
Hade någon av de försäkrade lånat, hyrt, köpt på avbetalning eller på annat sätt tagit hand om egendomen? Vilken dag skedde i så fall omhändertagandet?		
Hur inträffade skadan? Utförlig beskrivning		

Har polisanmälan och/eller polisutredning gjorts?	Om "Ja", var och när?
Eventuella vittnen till händelsen (namn, adress och telefon)	
Vem anser Ni är skadevällande och varför?	
Om barn är vållande ange ålder	
Har den skadelidande genom egen oförsiktighet medverkat till skadan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja" motivera varför

Personskada (kroppsskada)

Den skadades yrke	Den skadades arbetsgivare
Vilka kroppsskador har uppkommit? (Läkarintyg bör bifogas)	
Vilken försäkringskassa tillhör den skadade?	
Sjukpenningens storlek per dag? Kr	Hur stor är den skadades årsinkomst av arbete? Kr
Inträffade olyckan i den skadades arbete eller på väg till eller från arbetet	
Finns olycksfallsförsäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", i vilket bolag?

Egendomsskada

Vad har skadats?		
Beskriv skadans art och omfattning		
Ange de skadade föremålens ålder och inköpspris		
Var föremålen försäkrade? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", i vilket bolag	Försäkringsnr
Kan föremålen repareras?		
Den skadade egendomens värde omedelbart före händelsen? Kr	Den skadade egendomens värde omedelbart efter händelsen? Kr	
Hur stor ersättning begär den skadelidande förutsatt att skadad egendom behålls av ägaren (ev för reparation e dyl)? Kr	Hur stor ersättning begär den skadelidande förutsatt att skadad egendom övertas av försäkringsbolaget? Kr	

Kompletterande upplysningar

Försäkringsgivaren skall omgående meddelas om Ni erhåller stämning p g a denna ansvarsskada! Genom att underteckna denna skadeanmälan godkänner ni att Nordic Loss Adjusting AB (NLA) utreder ärendet och, om NLA finner er skadeståndsskyldiga, att NLA gör upp med motparten och att ni betalar er självrisk.

Underskrift Riktigheten av lämnade uppgifter intygas

Ort	Datum	Underskrift, försäkringstagare
		Namnförtydligande