

**Försäkringstagare**

|                                                                                                  |                                            |                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|
| Försäkringstagarens namn                                                                         |                                            | Försäkringsnummer                 |
| Utdelningsadress                                                                                 |                                            | För företag – organisationsnummer |
| Postnummer                                                                                       | Ort                                        | Telefonnummer                     |
| E-post                                                                                           |                                            |                                   |
| Är ni redovisningsskyldiga för moms?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | För företag – ange<br>Bankgiro<br>Plusgiro |                                   |

**Skadelidande**

|                                                                                                                                |                                              |                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------|
| Skadelidandes namn                                                                                                             |                                              | För företag – ange organisationsnummer |
| Utdelningsadress                                                                                                               |                                              | Telefonnummer                          |
| Postnummer                                                                                                                     | Ort                                          |                                        |
| Är skadelidande redovisningsskyldig för moms?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                      | För företag – ange<br>Bankgiro               | Plusgiro                               |
| E-post                                                                                                                         |                                              |                                        |
| Är försäkringstagaren medlem i samma hushåll som den skadelidande?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |                                              | Eventuella anmärkningar                |
| Är försäkringstaken anställd hos den skadelidande?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                 | Om "Ja", ange i vilken befattning/omfattning |                                        |
| Är skadelidande anställd hos försäkringstagaren?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                   | Om "Ja", ange i vilken befattning/omfattning |                                        |

**Skadespecifikation**

|                                                                                                                                                      |                   |                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------|
| Hos vem inträffade skadan?                                                                                                                           |                   | När inträffade skadan? Ange datum (ååmmdd) och klockslag |
| Var inträffade skadan? (Precisera närmar såsom "på arbetsplatser", "i trappuppgången", "i köket")                                                    |                   |                                                          |
| Gatunamn                                                                                                                                             | Postnummer        | Ort                                                      |
| Har skadeståndskrav framställts?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                                                         | Om "Ja", ange när | Om "Ja", ange belopp                                     |
| Hade någon av de försäkrade lånat, hyrt, köpt på avbetalning eller annat sätt tagit hand om egendomen? Vilken dag skedde i så fall omhändertagandet? |                   |                                                          |
| Hur inträffade skadan? Beskriv så utförligt som möjligt                                                                                              |                   |                                                          |
| Har polisanmälan och/eller polisutredning gjorts?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                                        |                   |                                                          |
| Eventuella vittnen till händelsen (namn, adress och telefonnummer)                                                                                   |                   |                                                          |
| Vem anser ni är skadevällare och varför?                                                                                                             |                   |                                                          |
| Om barn är vållande, ange ålder                                                                                                                      |                   |                                                          |

|                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Har den skadelidande genom egen oförsiktighet medverkat till skadan? Om "Ja", motivera varför/på vilket sätt |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Personskada (kroppsskada)

|                                                                                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Vilka kroppsskador har uppkommit?                                                        |                          |
| Inträffade olyckan i den skadades arbete eller på väg till eller från arbetet?           |                          |
| Finns olycksfallsförsäkring?<br><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                                                                                          |                                                                                                             |                   |
| Föremål                                                                                                                                  | Ålder                                                                                                       | Inköpspris        |
| 1.                                                                                                                                       |                                                                                                             |                   |
| 2.                                                                                                                                       |                                                                                                             |                   |
| 3.                                                                                                                                       |                                                                                                             |                   |
| 4.                                                                                                                                       |                                                                                                             |                   |
| Var föremålen försäkrade?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                                                    | Om "Ja", ange i vilket bolag                                                                                | Försäkringsnummer |
| Kan föremålen repareras?                                                                                                                 |                                                                                                             |                   |
| Den sakade egendomens värde omedelbart <b>före</b> händelsen (Kr)                                                                        | Den sakade egendomens värde omedelbart <b>efter</b> händelsen (Kr)                                          |                   |
| Hur stor ersättning begär den skadelidande förutsatt att skadat egendom behålls av ägaren (eventuellt för reparation eller dylikt) i Kr? | Hur stor ersättning begär den skadelidande förutsatt att skadad egendom övertas av försäkringsbolaget) (Kr) |                   |

### Kompletterade upplysningar

|  |
|--|
|  |
|--|

Försäkringsgivaren ska omgående meddelas om Ni erhåller stämning p.g.a. denna ansvarsskada. Genom att underteckna denna skadeanmälan godkänner ni att Sedgwick Sweden AB utreder ärendet och om Sedgwick Sweden AB finner Er skadeståndsskyldig att Sedgwick Sweden AB gör upp med motparten och med motparten och att ni betalar er självrisk.

*Underskrift av försäkrad*

Riktigheten av lämnade uppgifter intygas

|       |                                       |
|-------|---------------------------------------|
| Ort   | Försäkringstagarens namnteckning      |
| Datum | Försäkringstagarens namnförtydligande |

De uppgifter som du lämnar till försäkringsgivaren kommer att behandlas och arkiveras av försäkringsgivarens samt dess återförsäkrare i enlighet med Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter (GDPR). Detta för fullgörande av ingångna avtal eller skyldigheter som föreligger enligt lag eller andra författningar. Uppgifterna kan även komma att användas för marknadsanalyser, statistik och för att utvärdera tjänster och produkter. Vidare kan uppgifterna komma att användas för att informera om försäkringsgivarens tjänster och produkter.

Personuppgifter kan för angivna ändamål komma att utlämnas till andra bolag som försäkringsgivaren samarbetar med såväl inom som utom EU- och EES-området. I de fall vi behöver lämna ut uppgifterna utanför EU/EES, d.v.s. i ett s.k. tredjeland, skyddas dina personuppgifter enligt de krav som gäller enligt dataskyddsförordningen, exempelvis genom användande av EU-kommissionens standardavtalsklausuler.

All behandling av personuppgifter kommer att ske med stor försiktighet för att skydda den enskildes personliga integritet. Personuppgifter kommer därför endast vara tillgängliga för personer som behöver ha tillgång till uppgifterna för att utföra sitt arbete. Uppgifterna kommer vidare endast att göras tillgängliga i den utsträckning som behövs för ovanstående ändamål. Läs mer på: [www.sensorforsakring.se/kundservice/integritetspolicy](http://www.sensorforsakring.se/kundservice/integritetspolicy)

Blanketten skickas till:  
Se försäkringsbrev