



TILL KSFAB
BLANKETTEN IFYLLS AV
KOMMUNEN

ANMÄLAN OM SKADESTÅNDSANSPRÅK MOT

..... (kommun/bolag)

SKADELIDANDES SKRIFTLIGA KRAV SKA BIFOGAS DENNA ANMÄLAN.

1. SKADESTÅNDSKRÄVANDE

Namn	Skyldighet att redovisa moms
	Ja Nej
Utdelningsadress	Telefon
Postnummer och ortnamn	Mobil
E-post	
Ersättning önskas till	Bank och kontonr
Pg Bg Bk	

2. HÄNDELSEFÖRLOPP

Skadeår	Månad	Dag	Klockan (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, kr (specificera beloppet under rubrik 7):	
Har du egen försäkring vid olycksfall eller sjukdom?	Försäkringsbolag
Nej Ja	

4. VID ÖVRIGA SKADOR

Är den skadade egendomen försäkrad i annat bolag?	Försäkringsbolagets namn				
Nej Ja					
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, 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)	Handläggarens namnteckning	Namnförtydligande