

TILL KSFAB  
BLANKETTEN IFYLLS AV KOMMUNEN

*Vi behandlar personuppgifter enligt GDPR*

**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	Ort	Mobil	
E-post			
Ersättning önskas till Postgiro            Bankgiro            Bankkonto		Nummer	

## 2. HÄNDELSEFÖRLOPP

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

**4. VID ÖVRIGA SKADOR**

Är den skadade egendomen försäkrad i annat bolag? Nej                      Ja		Försäkringsbolagets namn			
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.					<b>Summa</b>

**5. UTREDNING**

Har utredning gjorts av Polisen, Yrkesinspektionen eller annan myndighet? Nej                      Ja, bifoga kopia av utredningen som 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