

**Försäkrad** (den som krav riktas mot)

Namn	Person-/Organisationsnummer	Försäkringsnummer
Postadress		
Kontaktperson	Telefonnummer (även riktnr)	
E-postadress		

**Försäkringstagare** (den som tecknat försäkringsavtalet, fyll i om annan än försäkrad)

Namn	Person-/Organisationsnummer	Försäkringsnummer
Postadress		
Kontaktperson	Telefonnummer (även riktnr)	
E-postadress		

**Skadelidande**

Namn	Person-/Organisationsnummer	
Postadress		
Kontaktperson	Telefonnummer (även riktnr)	
E-postadress		

Vilket datum framställdes krav första gången?	Vilket datum inträffade den händelse som ligger till grund för kravet?
---	--

**Redogörelse för din uppfattning av händelseförloppet** (fortsätt gärna på annat blad)

------------------

**Redogörelse för din preliminära inställning till kravet** (fortsätt gärna på annat blad)

------------------

Bifoga kopia på eventuellt skriftligt krav samt andra handlingar som du bedömer vara av betydelse för vår utredning.

**Underskrift**

Ort och datum	
Namnteckning	Namnförtydligande

Skicka anmälan till: **skadoransvar.sak@lansforsakringar.se**

Alternativt

**Länsförsäkringar Sak**  
**Skador Ansvar**  
**106 50 Stockholm**

*Skadeanmälan ska ske snarast.*