

Försäkringsnummer - ifylls alltid

### Försäkringstagare

Försäkringstagarens namn	Person- eller organisationsnummer
Adress	Postnr och postort
Mejl	Telefon
Bankkonto/PG/BG	Är ni redovisningskyldig för moms? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Vilken typ av skada:

Ansvar <input type="checkbox"/>	Brand <input type="checkbox"/>	Entreprenad <input type="checkbox"/>	Inbrott/Skadegörelse/Rån <input type="checkbox"/>
Maskin <input type="checkbox"/>	Poolskada/Spaskada <input type="checkbox"/>	Rättsskydd <input type="checkbox"/>	Självriskförsäkring <input type="checkbox"/>
Tjänsteresa <input type="checkbox"/>	Vatten <input type="checkbox"/>		

### Skadehändelse

Datum för skadan	Var inträffade skadan?
Beskriv vad som har hänt	