



ANMÄLAN OM
Gruppansvarsförsäkring

Försäkringsnummer
16-852-418-9
Handläggningsnummer

UPPGIFTER OM DEN SOM ORSAKAT SKADAN	Den försäkrades fullständiga namn		Personbeteckning
	Gatuadress	Postnummer	Postanstalt
	Hemtelefon	Mobiltelefon	
	E-postadress		
UPPGIFTER OM SERVICE- ANORDNAREN	Företagets namn	Ansvarsperson	Telefonnummer
UPPGIFTER OM DEN SKADELIDANDE	Personens eller företagets namn (om annat än ovan)		Adress
	Postnummer och postanstalt	Telefonnummer	E-postadress
	Person eller företag till vilken ersättning betalas	Fullständigt kontonummer /	Bankens och kontorets namn
FÖRSÄKRINGS- TAGARE	Helsingfors stad, Sysselsättningstjänsterna		
	Adress PB 310	Postnummer och postanstalt 00099 HELSINGFORS STAD	
UPPGIFTER OM SKADEHÄNDELSEN	Skadan inträffade datum		Plats (adress/läge)
	Datum när skadan konstaterades		Person som konstaterade skadan
	Olyckan inträffade		
	☐ I verksamheten på platsen för arbetsprovning/studier ☐ På matpausen ☐ I en utbildning		
	☐ Någon annanstans, var?		
	Beskrivning av skadan och dess orsak (vid behov en ritning eller bilaga)		
	Om det är fråga om en skada som orsakats av en defekt maskin eller anordning eller om skadan gäller en maskin eller anordning, ber vi dig fylla i uppgifterna nedan (eller lämna motsvarande uppgifter i en separat bilaga)		
	Vilken maskin/anordning?	Märke och modell	
	Serienummer	Inköps - och installationsår	Tillverkare
	Har skadan granskats?	Granskarens namn	Granskningsdatum
	☐ Nej ☐ Ja		
FÖREMÅLSSKADA	Skadad/försäkrad egendom Inköpsår Föremålets ålder Inköpspris på en ny motsvarande produkt Ersättningsbelopp som krävs		
	☐ Listan fortsätter på en blankett som bifogats till skadeanmälan		Det totala ersättningsbeloppet som krävs
TIDIGARE ERSÄTTNINGAR	Har du fått ersättning för en tidigare olycka från något bolag? ☐ Nej ☐ Ja	Bolagets namn	Ersättningsår
	Söker du ersättning för detta olycksfall från något annat försäkringsbolag? ☐ Nej ☐ Ja	På basis av vilken försäkring?	Bolag
UNDERSKRIFT	Jag försäkrar att de uppgifter som jag gett är riktiga		
	Underskrift		
	Ort och datum	Namnförtydligande	

Bilaga nr.	Bilagans namn/vad den gäller	
UNDERSKRIFT	Jag försäkrar att alla de uppgifter som jag gett är riktiga Ort och datum Försäkringstagarens underskrift och namnförtydligande	