



# ANMÄLAN OM Gruppansvarsförsäkring

Försäkringsnummer  
16-852-418-9  
Handläggningsnummer

|                                                                  |                                                                                                                                                              |                                                      |                                                       |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| UPPGIFTER OM DEN<br>SOM ORSAKAT<br>SKADAN                        | Den försäkrades fullständiga namn                                                                                                                            |                                                      | Personbeteckning                                      |
|                                                                  | Gatuadress                                                                                                                                                   | Postnummer                                           | Postanstalt                                           |
|                                                                  | Hemtelefon                                                                                                                                                   | Mobiltelefon                                         |                                                       |
|                                                                  | E-postadress                                                                                                                                                 |                                                      |                                                       |
| UPPGIFTER OM<br>SERVICE-<br>ANORDNAREN                           | Företagets namn                                                                                                                                              | Ansvarsperson                                        | Telefonnummer                                         |
| UPPGIFTER OM DEN<br>SKADELIDANDE                                 | Personens eller företagets namn (om annat än ovan)                                                                                                           |                                                      | Adress                                                |
|                                                                  | Postnummer och postanstalt                                                                                                                                   |                                                      | Telefonnummer E-postadress                            |
|                                                                  | Person eller företag till vilken eventuell ersättning betalas                                                                                                |                                                      | Fullständigt kontonummer / Bankens och kontorets namn |
| FÖRSÄKRINGS-<br>TAGARE                                           | Helsingfors stad, Sysselsättningstjänsterna                                                                                                                  |                                                      |                                                       |
|                                                                  | Adress<br>PB 310                                                                                                                                             | Postnummer och postanstalt<br>00099 HELSINGFORS STAD |                                                       |
| UPPGIFTER OM<br>SKADEPLATSEN<br>OCH -HÄNDELSEN                   | Skadan inträffade<br>datum                                                                                                                                   | kl.                                                  | Plats (adress/läge)                                   |
|                                                                  | Datum när skadan konstaterades                                                                                                                               |                                                      | Person som konstaterade skadan                        |
|                                                                  | Olyckan inträffade                                                                                                                                           |                                                      |                                                       |
|                                                                  | <input type="checkbox"/> I verksamheten på platsen för arbetsprovning/studier <input type="checkbox"/> På matpausen <input type="checkbox"/> I en utbildning |                                                      |                                                       |
|                                                                  | <input type="checkbox"/> Någon annanstans, var?                                                                                                              |                                                      |                                                       |
|                                                                  | Beskrivning av händelsen                                                                                                                                     |                                                      |                                                       |
|                                                                  |                                                                                                                                                              |                                                      |                                                       |
|                                                                  |                                                                                                                                                              |                                                      |                                                       |
|                                                                  |                                                                                                                                                              |                                                      |                                                       |
|                                                                  |                                                                                                                                                              |                                                      |                                                       |
| UTREDNING OM<br>SKADAD EGENDOM                                   | Skadad egendom                                                                                                                                               | Märke och modell                                     |                                                       |
|                                                                  | Antal                                                                                                                                                        | Inköpsår                                             | Inköpspris                                            |
|                                                                  | Har skadan granskats?<br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                            | Granskarens namn                                     | Granskningsdatum                                      |
| KRAV                                                             |                                                                                                                                                              |                                                      |                                                       |
|                                                                  | <input type="checkbox"/> Listan fortsätter på en blankett som bifogats till skadeanmälan                                                                     |                                                      | Det totala ersättningsbeloppet som krävs              |
| VITTNE                                                           | Förnamn                                                                                                                                                      | Efternamn                                            | Telefonnummer under arbetstid                         |
|                                                                  | Adress                                                                                                                                                       | Postnummer och postanstalt                           |                                                       |
| UPPGIFTS-<br>LÄMNARENS<br>FÖRSÄKRAN,<br>DATUM OCH<br>UNDERSKRIFT | Jag försäkrar att de uppgifter som jag gett är riktiga                                                                                                       |                                                      |                                                       |
|                                                                  | Underskrift                                                                                                                                                  | Namnförtydligande                                    |                                                       |
|                                                                  | Ort och datum                                                                                                                                                |                                                      |                                                       |

Helsingfors sysselsättningstjänster  
PB 310  
00099 HELSINGFORS STAD

Telefon  
+358 9 3103 6107

Internet  
tyollisyyspalvelut@hel.fi  
FO-nummer  
0201256-6

Bilagor till skadeanmälan kan omfatta bland annat följande: Kvittona i original/beräkning av reparationskostnaderna, fotografi av platsen för händelsen, läkarintyg, kartritning av platsen för händelsen, fotografier av den skadade egendomen, förundersökningsprotokollet, andra bilagor.

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