



Ersättningsanspråk mot Skara kommun

Skadelidande

| |
|--------------|
| Namn: |
| Personnummer |
| Adress |
| Telefon |
| Mail |

| |
|------------|
| Skadedatum |
| Tid |
| Plats |

Beskrivning av skadan/händelsen. Om utrymmet inte räcker, skriv på annat papper

| |
|--|
| |
|--|

Krav på ersättning. Om utrymmet inte räcker, skriv på annat papper

| |
|--|
| |
|--|

Är skadan polisanmäld: Om ja, bifoga kopia av polisrapport

Är skadan anmäld till eget försäkringbolag, om ja, vilket

Ersättning önskas utbetald till konto:

Övriga upplysningar. Om utrymmet inte räcker, skriv på annat papper

| |
|--|
| |
|--|

Ort och datum

Namnförtydligande