

Ansökan SBR

Kontor- och konsultansvar samt tilläggsförsäkring



Försäkringen kan tecknas av medlemmar i SBR, samt delägare och nyckelpersoner i medlemsföretag.

Ifylld originalblankett sänds med post till:

SBR Försäkringservice
Box 50
131 06, Nacka

Uppgifter om Företaget

Företagets namn	Organisations nr
Utdelningsadress	Kontaktperson
Postnr och ort	Telefon nr (dagtid)
E-postadress	Telefax (inkl riktnr)

Ansökan Kontor- och konsultansvar

Uppgifter om den försäkrade individen (konsultansvar)

För- och efternamn	Personnummer	Medlemsnummer SBR
Antalet verksamma ingenjörer/byggtekniker/arkitekter i företaget: ☐ ☐	Ev. medförsäkrat företag och dess organisationsnummer	

Önskar teckna tillägg för nyckelförlust (2 MSEK per skada och år)?

Ja Nej

Här fyller du i information för skador som tidigare uppstått i verksamheten inom ramen för kontorsförsäkringen.

Typ av skada:	Skadedatum:	Pågående skada? ☐	Avslutad skada? ☐
Typ av skada:	Skadedatum:	Pågående skada? ☐	Avslutad skada? ☐
Typ av skada:	Skadedatum:	Pågående skada?	Avslutad skada?
Eventuellt utbetalat belopp totalt? (lista respektive belopp vid flera skador)		Hur stor uppskattas skadan vara i SEK? (lista respektive belopp vid flera skador)	

Här fyller du i information för skador som tidigare uppstått i verksamheten inom ramen för konsultansvarsförsäkringen.

Typ av skada:	Skadedatum:	Pågående skada? ☐	Avslutad skada? ☐
Typ av skada:	Skadedatum:	Pågående skada? ☐	Avslutad skada? ☐
Typ av skada:	Skadedatum:	Pågående skada?	Avslutad skada?
Eventuellt utbetalat belopp totalt? (lista respektive belopp vid flera skador)		Hur stor uppskattas skadan vara i SEK? (lista respektive belopp vid flera skador)	

Här fyller du i kompletterande information om din nuvarande kontors- och konsultansvarsförsäkring.

Nuvarande bolag:

Förfallodag:



Tilläggsförsäkring - Ansökan Ansvarsförsäkring för överlåtelsebesiktning

Viktiga uppgifter		
Antalet försäkrade ingenjörer:	st	Försäkringen ska gälla from datum:
Beräknat antal besiktningar per år:	st	
Här fyller du i information för tidigare skador som uppstått i verksamheten inom ramen för överlåtelseförsäkringen.		
Typ av skada:	Skadedatum:	Pågående skada? ☐ Avslutad skada? ☐
Typ av skada:	Skadedatum:	Pågående skada? ☐ Avslutad skada? ☐
Typ av skada:	Skadedatum:	Pågående skada? ☐ Avslutad skada? ☐
Eventuellt utbetalat belopp totalt? (lista respektive belopp vid flera skador)		Hur stor uppskattas skadan vara i SEK? (lista respektive belopp vid flera skador)
Var god fyll i följande uppgifter för de ingenjörer i verksamheten som ska omfattas av denna försäkring.		
För- och efternamn	Medlemsnummer	Kryssa i om ingenjören är godkänd besiktningsman eller certifierad.
		Godkänd besiktningsman ☐ Certifierad besiktningsmans ☐
		Godkänd besiktningsman ☐ Certifierad besiktningsmans ☐
		Godkänd besiktningsman ☐ Certifierad besiktningsmans ☐
		Godkänd besiktningsman ☐ Certifierad besiktningsmans ☐
		Godkänd besiktningsman ☐ Certifierad besiktningsmans ☐
		Godkänd besiktningsman ☐ Certifierad besiktningsmans ☐
		Godkänd besiktningsman ☐ Certifierad besiktningsmans ☐
		Godkänd besiktningsman ☐ Certifierad besiktningsmans ☐
		Godkänd besiktningsman ☐ Certifierad besiktningsmans ☐
Glöm inte att anmäla förändringar i antalet verksamma ingenjörer! Samtliga besiktningar skall kvartalsvis redovisas till SBR Försäkringservice.		

Ansökan SBR Kontor- och konsultansvar samt tilläggsförsäkring



No claims declaration

Härmed intygas att undertecknad som äger rätt att teckna företagets firma, till dags dato, inte har någon kunskap om handling, misstag eller underlåtenhet, vilken kan ge anledning till skadeståndsanspråk under någon av de sökta försäkringarna ovan.

Underskrift	
Ort och datum	
Namnunderskrift av medlem	Namnförtydligande

Försäkringsgivare för Konsultansvarsförsäkring samt
Ansvarsförsäkring för överlåtelsebesiktning är:

If skadeförsäkring AB(publ)

Organisationsnummer: 516401-8102

Försäkringsgivare för Kontorsförsäkringen är:

Svedea AB

Organisationsnummer: 556786-1678