



Skadeanmälan

Kund

Efternamn – Förnamn	
Adress	
Postnummer	Ort
Telefon (även riktnummer)	Personnr/Org.nr

Se elräkning

Anl/ id / EAN kod
Kundnummer
Ärendenummer- ifylles av Nät

Konsument

Näringsidkare

(kryssa i)

(kryssa i)

Anläggning

Anläggningsadress om annan än ovan	
Postnummer	Ort
Telefonnummer (även riktnummer)	

Tidpunkt för händelsen

Fr o m	år	mån	dag	kl	T o m	mån	dag	kl
Kundens försäkringsbolag								

Händelseförlopp/omständigheter

Skadans art

Ersättningsanspråk (ska verifieras med kvitto, intyg, garantibevis eller annan värderingshandling som bifogas)

Underskrift

Datum	Namnteckning	Telefon
	Namnförtydligande	E-postadress

Blanketten skickas till: Olofströms Kraft AB Box 303 293 24 OLOFSTRÖM