Ansökan fullgörandeförsäkring

☐ Beställning ☐ Offert

☐ Fullgörandeförsäkring (Entreprenadtid och Garantitid)

☐ Fullgörandeförsäkring (endast Entreprenadtid)

☐ Fullgörandeförsäkring (endast Garantitid)

Beskrivning av avtalet/kontraktet

Entreprenadens projektnummer/namn	*Projektledare/Kontaktperson*	*Telefon*

Entreprenaden avser	*Arbetsområde/Fastighetsbeteckning*
Entreprenadens startdatum (ÅÅ-MM-DD)	*Preliminärt datum för slutbesiktning (ÅÅ-MM-DD)*
Avtalsdatum (ÅÅ-MM-DD)	*Kontraktssumma*
Kontraktsvillkor som reglerar denna entreprenad ☐ AB04 ☐ ABU-07 ☐ ABT06 ☐ ABT-U07	*Garantitid* ☐ 5 år ☐ 2 år
Försäkringsbelopp under Entreprenadtiden ☐ 10% av kontraktssumman ☐ Annat:	*Försäkringsbelopp under Garantitiden* ☐ 5% av kontraktssumman ☐ Annat:

Försäkringstagare (Entreprenör)

Företagets namn	*Organisationsnummer*
Adress	*E-postadress*

Till vem ska försäkringen utställas (Beställare)

Företagets namn	*Organisationsnummer*
Adress	*E-postadress*

Övriga noteringar

Bifoga alltid kopior av avtal inklusive bilagor (AF-del)

Ort och datum ..... Underskrift projektledare .....