

ANSÖKAN

IN Garanti®



1. SÖKANDEN

NAMN		PERSONNUMMER
ADRESS	POSTNUMMER	ORT
TELEFON	MOBILTELEFON	E-POSTADRESS
ERSÄTTNINGANSPRÅK INKL. MOMS		BANK OCH KONTONR FÖR EV. UTbetalning

Läs mer om hur vi behandlar dina personuppgifter: www.in.se/om-oss/personuppgifter/.

2. MEDLEMSFÖRETAG SOM UTFÖRT INSTALLATIONEN

FÖRETAGSNAMN		ORGANISATIONSNUMMER
ADRESS	POSTNUMMER	ORT
TELEFON	MOBILTELEFON	E-POSTADRESS
KONTAKTPERSON		

3. INFORMATION OM UTFÖRD INSTALLATION

NÄR INGICKS AVTAL OM INSTALLATIONEN? ANGE DATUM.	NÄR VAR ARBETE FÄRDIGT? ANGE DATUM.
BESKRIV KORTFATTAT VAD SOM ÄR FEL I INSTALLATIONEN?	HAR FELET LETT TILL EN SKADA? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
	OM SKADAN ÄR ANMÄLD TILL DITT FÖRSÄKRINGSBOLAG, ANGE FÖRSÄKRINGSBOLAG, HANDLÄGGARE OCH SKADENUMMER.
NÄR GJORDES ANMÄLAN TILL ARN - ALLMÄNNA REKLAMATIONSNÄMNDEN? ANGE DATUM.	BESKRIV VILKA KONTAKTER SOM TAGITS MED MEDLEMSFÖRETAGET EFTER ARN:S BESLUT OCH VAD DE RESULTERAT I.

4. EVENTUELLT AVHJÄLPANDE AV FELET

HAR FELET AVHJÄLPATS AV ETT ANNAT MEDLEMSFÖRETAG? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	OM "JA", UTFÖRDES ÄVEN ANNAT ARBETE I SAMBAND MED AVHJÄLPANDEARBETET, ANGE VAD.
FÖRETAGSNAMN	ORGANISATIONSNUMMER
KONTAKTPERSON	TELEFON MOBILTELEFON

5. BILAGOR SOM SKA SKICKAS IN MED ANSÖKAN

A. FAKTURAKOPIA/OR FÖR INSTALLATIONEN	B. KOPIA PÅ ALLMÄNNA REKLAMATIONS-NÄMNDENS BESLUT	C. FAKTURAKOPIA/OR AVSEENDE AVHJÄLPANDEARBETET, OM ANNAT ARBETE UTFÖRTS MÅSTE DETTA MARKERAS
---------------------------------------	---	--

6. JAG INTYGAR, ATT OVANSTÅENDE UPPGIFTER ÄR FULLSTÄNDIGA OCH RIKTIGA

ORT	DATUM
UNDERSKRIFT	NAMNFÖRTYDLIGANDE

Efter mottagen ansökan kan vi komma att kontakta dig för frågor och eventuella kompletteringar till din ansökan.

Version 6.0, 2022-12-19

Skicka ansökan till: INs Garantinämnd c/o Installatörsföretagen | Box 17154 | 104 62 Stockholm eller mejla din ansökan och bilagor till info@in.se.