

Forsikringstager



Stilling	
Navn	
Adresse	
Postnr. & by	

Policenr.	
Fødselsdato	
Telefon	

Anmeldelse af ansvarsskade

Skadevolder Hvem har forvoldt skaden	Navn og stilling (udfyldes kun hvis skadevolder er en anden end forsikringstageren) _____ Adresse _____ Fødselsdato _____ Telefon _____ Boligforhold <input type="checkbox"/> Eget hus <input type="checkbox"/> Andet
Skadelidte Hvem er skaden gået ud over	Navn og stilling (udfyldes kun hvis skadevolder er en anden end forsikringstageren) _____ Adresse _____ Fødselsdato _____ Telefon _____ Momsreg. ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Skadedato	Dato _____ Klokkeslet (0-24) _____
Skadested Hvor skete skaden	Adressen : _____ Hvorfor var skadevolder på skadestedet? _____ Hvorfor var skadelidte på skadestedet? _____
Fritid/arbejde	Er skaden sket : _____ Hvis ja efter aftale med hvem : _____ I fritiden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Som vernetjeneste for andre? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Under arbejde for andre? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Under arbejde i egen virksomhed <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Skadelidtes Forsikringsforhold	Har skadelidte en forsikring, som dækker det beskadigede, i et andet selskab Motorkøretøjsforsikring <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke Glasforsikring v <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke Erhvervsforsikring <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke Bygningsforsikring <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke Familieforsikring <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke Ulykkesforsikring <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke Andet, f.eks. brilleforsikring? _____ Selskab _____ Policenummer _____ Er skaden anmeldt dertil <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Vær opmærksom på, at hvis skadelidte har en relevant forsikring, så skal skaden iflg. Erstatningsansvarsloven også anmeldes til dette selskab.	

Alkohol	Havde skadevolder indtaget alkohol? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja angiv da hvor mange genstande skadevolder indtog den pågældende dag og i hvilket tidsrum?
Varetægt	Var det beskadigede i din varetægt p.g.a. <input type="checkbox"/> Lån <input type="checkbox"/> Leje <input type="checkbox"/> Anden årsag, hvilken? Fra hvilken dato: Tidspunkt : Opbevarede, transporterede, bearbejdede, behandlede skadevolder det beskadigede inden skaden? Fra hvilken dato: Tidspunkt:
Politi	Er der optaget politirapport Hvis ja, hvornår og på hvilken station?
Vidner	Navn og adresse: Navn og adresse:

Skadeopgørelse

Personskade	Hvori består personskaden? Hvad er skadeslidtes krav?				
Tingskade	Genstandens art, fabrikat og model	Indkøbs år/md.	Indkøbspris	Pris i dag	Reparationsomkostninger
Husk at anføre hvem genstandene tilhører					
	Har du noget at indvende mod kravet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
	Hvis ja, hvorfor?				

Underskrift	Dato	Forsikringstagers underskrift