

Forsikringstager



ABCforsikring

Stilling	
Navn	
Adresse	
Postnr & by	

Policenr	
Fødselsdato	
Telefon	

Anmeldelse af færdselsuheld

Skadedato	Dato	Klokkeslæt (0-24)	
Skadested	Adressen		
Skadevolder	Navn og stilling (udfyldes kun hvis skadevolderen er en anden end forsikringstageren)		
	Adresse	Fødselsdato	
	Postnr.	By	Telefon
	Forsikringsselskab		
	Policenr.		
	Registreringsnr.		
Skadelidte	Navn og stilling	Fødselsdato	
	Adresse	Moms- registreret <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Postnr.	By	
Politi	Er der optaget politirapport <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, hvornår og på hvilken politistation ?		
Vidner	Navn og adresse		
	Navn og adresse		
Beskrivelse af uheldet	<p>Omstændighederne ved uheldet bedes beskrevet udførligt, så det fremgår hvordan og hvornår det skete</p>		

