

Forsikringstagers

| | |
|-----------------------------|----|
| Stilling | |
| Navn (Fornavne - efternavn) | |
| Adresse | |
| Postnr. | By |

| | |
|------------------|-----------------|
| Policenr. | |
| CPR-nr. | |
| Telefon | arb.: priv.: |

Anmeldelse af færdselsuheld

| | | | |
|--|--|---|---------|
| Skadedato | Dato | Klokkeslæt (0-24) | |
| Skadested | Adressen | | |
| Skadevolder | Navn og stilling (Udfyldes kun hvis skadevolderen er en anden end forsikringstageren) | | |
| | Adresse | CPR-nr. | |
| | Postnummer | By | Telefon |
| | Forsikringsselskab | | |
| | Policenr. | | |
| | Registreringsnr. | | |
| Skadelidte | Navn og stilling | CPR-nr. | |
| | 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 Omstændighederne ved uheldet bedes beskrevet udførligt, så det fremgår, hvordan og hvorfor det skete. | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

NB Generelt gælder det, at reparationer ikke må påbegyndes eller skadede effekter bortkastes, før vi eller vor taksator har givet tilladelse eller erstatningen er udbetalt.

| | |
|---|---|
| Skyld | Hvem er efter Deres mening skyld i uheldet og kan skadevolder bebrejdes noget i forbindelse med uheldet ? |
| Skitse Ved færdselsuheld o.lign. bedes skitse udfærdiget: | |

Skadeopgørelse

| Tingskade (Anfør venligst om genstandene tilhører Dem selv eller skadelidte) | Dokumentation for kravet bedes så vidt muligt vedlagt | | | | |
|---|---|--------------|-------------|------------|------------------------------|
| | Genstandens art fabrikat og model | Indkøbsår/md | Indkøbspris | Pris i dag | Reparations- omkostninger |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | |
|--------------------|------|-------------------------------|
| Underskrift | Dato | Forsikringstagers underskrift |
| | | |