

Forsikringstagers

Stilling	
Navn (Fornavne - efternavn)	
Adresse	
Postnr.	By

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

Anmeldelse af indborskade

Skadedato	_____ / _____ År _____ Kl. _____	Hvornår blev skaden opdaget? _____ / _____ År _____ kl. _____
Skadested	Hvis skaden skete på Deres bopæl, beder vi Dem oplyse om De bor i <input type="checkbox"/> Eget hus <input type="checkbox"/> Lejet hus <input type="checkbox"/> Lejlighed <input type="checkbox"/> Andet Hvilket? _____	
	Skete skaden i <input type="checkbox"/> Beboelsen <input type="checkbox"/> Loft/Kælder <input type="checkbox"/> Udhus/ Garage <input type="checkbox"/> Andet Hvilket? _____	
Hvad skete der?		
Politianmeldelse	Er der optaget politirapport? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, anmeldelsesdato _____
	Politistation - evt. journalnummer _____	
Brand/Lyn	Har der været åben ild? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har brandvæsenet været tilkaldt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Slog lynet ned på forsikringsstedet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvilke spor? _____
Kortslutning	Er genstanden købt brugt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, bedes alder oplyst _____ Er skaden sket i garantiperioden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Dybfrost	Frostboksens størrelse _____ Liter _____	Frostboksens alder _____
	Hvad var årsagen til strømafbrydelsen? _____	
Vand/Storm	Hvorfra stammer vandet/væsken? _____	
Glas/Kummer	Er der brud? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Reparationspris? _____
	<input type="checkbox"/> Håndvask <input type="checkbox"/> WC kumme <input type="checkbox"/> Bidets <input type="checkbox"/> Badekar	Kummen er <input type="checkbox"/> Hvid <input type="checkbox"/> Farvet
Tæppeskade	På hvilket underlag er tæppet anbragt? _____	
	Er tæppet fastgjort? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvordan? _____

0030:6

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.

Cykeltveri	Var cyklen låst? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Dokumentation for godkendt lås skal medsendes				
	Cyklens stelnummer?	Fabrikat og model?	Antal gear?			
	Er cyklen købt brugt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Er cyklen kommet tilveje i beskadiget stand, bedes De medsende reparationsoverslag.				
Tyveri fra bygning	Var gerningsstedet aflåst? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, med hvilken type lås?				
	Var gerningsstedet beboet da tyveriet skete? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis nej, fra hvilken dato?	Dato			
	Er der synlige spor efter indbrud? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvilke?				
Tyveri fra bil	Var bilen aflåst? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Var alle ruder lukkede?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
	Hvor i bilen opbevarede det stjålne?	Blev bilen stjålet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
	Er der synlige spor efter opbrydning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvilke spor?				
	Ved tyveri af radioudstyr og tilbehør, var dette fastmonteret?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
	Biltilbehør skal anmeldes til bilens kaskoforsikring					
	Bilens registreringsnr.					
Ejerforhold	Tilhører de skadede/stjålne genstande andre end Dem selv, Deres ægtefælle/samlever eller Deres hjemmeboende børn? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			Hvis ja oplyses navn og adresse på ejeren		
	Navn og adresse					
	Såfremt genstandene tilhører udeboende barn, bedes oplyst			Fødselsdato og -år		
	Bor pågældende alene? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Er barnet under uddannelse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Er Deres barn gift? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Forsikrings-forhold	Er der tegnet forsikring for samme skade i andet selskab? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
	Hvis ja, opgiv selskabets navn			Policenummer		
Bygnings-skade	Hvor er bygningen forsikret?	Selskab og policenummer				
De bedes, så vidt muligt, vedlægge originaldokumentation for Deres krav						
Skadeopgørelse	Genstandens art, fabrikat og model	Indkøbsår/md.	Indkøbspris	Pris i dag/reparationsoverslag	Forbeholdt Alka	
Supplerende liste kan vedlægges.						

Underskrift	Dato	Forsikringstagerens underskrift