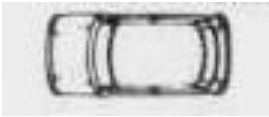


Skadenummer				Skadeanmeldelse			
Policenummer				Køretøj			
Navn				Telefonnummer dag			
Adresse				Telefonnummer aften			
Postnr.	By			Gironummer			
Førers kørekort nr.	Omfang		Føreren er:	Forsikringstager	Ægtefælle/samlever		Ansæt hos forsikringstager
	A	B		C	D	E	
Førers navn (hvis anden end forsikringstager)				Førers alder		Telefonnummer dag	
Adresse				Telefonnummer aften			
Postnr.	By						

Køretøjet			
Registreringsnr.	Indgår køretøjet i Deres momsregnskab?	Er skaden sket som led i Deres momspligtige erhverv?	Ved delvis fradrag %
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Farve	Fabrikat/Type	Argang	Anvendelse på skadetidspunktet
			<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Erhverv <input type="checkbox"/> Andet _____
Knallert/arbejdsmaskine	Motornr.	Stelnr.	Knallertbevis/Traktorkort
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Beskrivelse af uheldet			
Uheldet skete den	Klokken (0-24)	Sted	
Blev politirapport optaget?	Stationens navn		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Kun notat			
Blev føreren af Deres køretøj			
spiritusprøvet (blod)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Alkotestet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Kørte De/modparten	Jeg	Modpart	Føret
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tørt <input type="checkbox"/> Vådt <input type="checkbox"/> Glat
På hovedvej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deres fart _____ km/t
Fra vej med vigelinie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lysforhold
			<input type="checkbox"/> Dagslys <input type="checkbox"/> Tusmørke <input type="checkbox"/> Mørke
			Vejret _____
			Vejbelysning
			<input type="checkbox"/> Tændt
			<input type="checkbox"/> Ikke tændt
			<input type="checkbox"/> Findes ikke

Forklaring		Rids over uheldstedet	
Hvem har efter Deres mening skylden – og hvorfor? (kan fortsættes på side 2)		<input checked="" type="checkbox"/> Deres køretøj <input checked="" type="checkbox"/> Udenforstående vidner	
		<input type="checkbox"/> Modpartens køretøj	

Skade på Deres køretøj	Afmærk skaden	Værkstedets navn	Telefonnummer
		Adresse	
Tidligere skade som ikke er udbedret		Er De abonnent hos et redningskorps?	
		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja – hvilket?	

Skadenummer

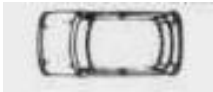
Vidne 1

I Deres køretøj	I modpartens køretøj	Andet sted:	Telefonnummer
Navn	Adresse		


Vidne 2

I Deres køretøj	I modpartens køretøj	Andet sted:	Telefonnummer
Navn	Adresse		

Modpart 1

Navn, adresse, evt. telefonnummer				Afmærk skaden 
Forsikringsselskab	Registreringsnummer	Policenummer	Køretøjets farve	

Modpart 2

Navn, adresse, evt. telefonnummer				Afmærk skaden 
Forsikringsselskab	Registreringsnummer	Policenummer	Køretøjets farve	

Oplysninger om skade på andre ting

Skade på andre ting – og hvori består skaden?

Hvem tilhører de skadede ting?

Skade på ting som ikke er tilbehør til bilen, kan være omfattet af indboforsikringen.

Tryk policenummer _____

Personskade på fører

Hvori består skaden?

Personskade på modparten

Navn	Adresse	Alder
Hvori består skaden?		

Personskade på andre

Navn	Adresse	Alder
Passager i Deres køretøj		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej – Hvor? _____		
Hvori består skaden?		

(NB: Ved skade på mindreårige – opgiv venligst forældres navn i rubrikken "Bemærkninger" nedenfor)

Evt. yderligere beskrivelse/bemærkninger

.....

.....

Underskrift

Jeg erklærer, at min besvarelse er i overensstemmelse med de faktiske forhold, og at intet af betydning for sagen er fortiet. Selskabet har min tilladelse til at udveksle oplysninger og dokumentation med andre forsikringsselskaber.

Dato	Forsikringstagers underskrift
------	-------------------------------