

## Skadeanmeldelse: Ansvar

	Skadenummer: <i>(udfyldes af forsikringsselskabet)</i>	
FORSIKRINGS-TAGER	Firma:	Policenummer:
	Navn:	Forsikringsselskab:
	Adresse:	Kontonummer:      Internt identifikationsnr.:
	Postnr. og By:	Evt. e-mail adresse:
SKADEVOLDER	Hvem har forvoldt skaden? (Navn, adresse)	
	Er skaden sket under udøvelse af erhverv?	Hvis ja, hvori bestod arbejdet?
	Hvorfor var skadevolder på stedet?	Er skadevolder dækket af anden ansvarsforsikring?
	Hvis ja, selskab og policenr.	Var skadevolder spirituspåvirket?
	Hvis det ikke var forsikringstager selv, opgives navn og adresse på skadevolder:	
SKADELIDTE	Stilling:	Tlf. hjemme:
	Navn:	Tlf. arbejde:
	Adresse:	
	Postnr./by:	Har skaden medført tabt arbejdsfortjeneste for den skadelidte?
	Er eller var den skadelidte beskæftiget hos Dem? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Er den skadelidte medejer af Deres virksomhed? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
OPLYSNINGER OM SKADEN	Hvornår skete skaden? Dato, klokkeslet	Hvor skete skaden? Adresse
	Er der optaget politirapport? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Til hvilken politistation er skaden anmeldt?
	Hvornår? Dato	Af hvem? Navn, adresse:
	Mener De selv De er ansvarlig for skaden?	Hvorfor?
	Beskriv ansvarsskaden udførligt, også selv om der er optaget rapport. - Gerne på et supplerende bilag	

## Skadeanmeldelse: Ansvar

VIDNER	Stilling:		Stilling	
	Navn:		Navn:	
	Adresse:		Adresse:	
	Postnr. / By:		Postnr./By:	
	Tlf. hjemme:	Tlf. arbejde:	Tlf. hjemme:	Tlf. arbejde:
UDFYLDES KUN VED PERSONSKAD E	Hvori består skaden:			Skadelidtes CPR-nr.:
	Er skadelidte under lægebehandling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hos hvilken læge? Navn, adresse:		
	Er skadelidte gift? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Er skadelidte syge- eller ulykkesforsikret? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, - selskab og policenr.:	
UDFYLDES KUN VED TINGSKADE	Var det beskadiget forsikret? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Hvis ja, hvilken forsikring?	
	Hvilket forsikringsselskab?		Er skaden anmeldt dertil?	Policenr.:
	Var det beskadigede overladt til nogen af de forsikrede?		Hvis ja, hvilken dato?	
	Er der fremsat erstatningskrav mod Dem? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Forventes senere		Hvor meget kræves?	Er kravet rimeligt?
	Hvilke ting er beskadigede, og hvori består skaden?		Købsdato:	Købspris:
UNDERSKRIFT	Jeg erklærer herved, at de oplysninger, som jeg har givet i anmeldelsen, svarer til de faktiske forhold.			
	Sted og dato _____	Forsikringstagers underskrift _____		