

Skadeanmeldelse Auto

Police nr.:	Skadedato:
-------------	------------

Forsikringstager:

Navn:		CPR-nr.:
Adresse:	Telefon privat:	Telefon arbejde:
Post nr.:	By:	Email:
Førers kørekort nr.:	Føreren er:	
	<input type="checkbox"/> Forsikringstager <input type="checkbox"/> Låner <input type="checkbox"/> Reparatør <input type="checkbox"/> Ægtefælle/samlever <input type="checkbox"/> Lejer <input type="checkbox"/> Ny ejer <input type="checkbox"/> Ansat hos forsikringstager <input type="checkbox"/> Leaser <input type="checkbox"/> Andet:	
Førerens navn (hvis anden end forsikringstager):		Førerens alder:
Adresse:	Telefon dag:	Telefon aften:
Post nr.:	By:	

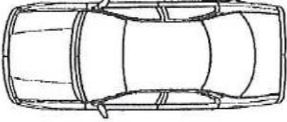
Køretøjet:

Registreringsnr.:	Indgår køretøjet i dit momsregnskab: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Er skaden sket som led i dit momspligtige erhverv: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Ved delvis fradrag: %
Farve:	Fabrikat/Type:	Årgang:	Anvendelse på skadetidspunktet: <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Erhverv
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: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Kun notat		Stationens navn:
Blev føreren af din bil: Spiritusprøvet (blod): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Alkoholtest: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Kørte du/modparten:	Føret	Lysforhold
Jeg Modpart	<input type="checkbox"/> Tørt	<input type="checkbox"/> Dagslys
-på hovedvej: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vådt	<input type="checkbox"/> Tusmørke
-fra vej med	<input type="checkbox"/> Glat	<input type="checkbox"/> Mørke
vigelinie: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Din fart: km/t	Vejret:
		Vejbelysning: <input type="checkbox"/> Tændt <input type="checkbox"/> Ikke tændt <input type="checkbox"/> Findes ikke

Forklaring:

Hvem har efter din mening skylden – og hvorfor?			
Skade på dit køretøj:	Afmærk skaden:	Værkstedets navn:	Telefon nr.:
		Adresse:	
Tidligere skade som ikke er udbedret:		Er du abonnent hos et redningskorps? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja – hvilket?:	

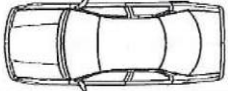
Vidne 1:

<input type="checkbox"/> I dit køretøj	<input type="checkbox"/> I modpartens køretøj	<input type="checkbox"/> Andet sted:
Navn:	Adresse:	Telefon:

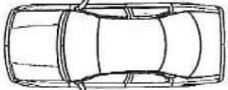
Vidne 2:

<input type="checkbox"/> I dit køretøj	<input type="checkbox"/> I modpartens køretøj	<input type="checkbox"/> Andet sted:
Navn:	Adresse:	Telefon:

Modpart 1:

Navn, adresse, evt. telefonnr.:				Afmærk skaden:
Forsikringssselskab:	Registrerings nr.:	Police nr.:	Køretøjets farve:	

Modpart 2:

Navn, adresse, evt. telefonnr.:				Afmærk skaden:
Forsikringssselskab:	Registrerings nr.:	Police nr.:	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. Er indboforsikringen tegnet i andet selskab, kan du noterer selskabets navn samt anføre policenummer her: Forsikringssselskab: Police nr.:

Personskade på fører:

Hvori består skaden:

Personskade på modparten:

Navn:	Adresse:	Alder:
Hvori består skaden:		

Personskade på andre:

Navn:	Adresse:	Alder:
Passager i dit køretøj: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej – hvor?		
Hvori består skaden:		
(NB: Ved skade på mindreårige – opgiv venligst forældres navn i rubikken "Bemærkninger" nedenfor)		

Evt. yderligere beskrivelse/bemærkninger:
