

Skadeanmeldelse for Ansvar

Forsikringsselskab: _____

Police nr.: _____

Forsikringstager

Forsikringstager: _____ CVR-nr.: _____

Adresse: _____

Post nr.: _____ By: _____

Telefon nr.: _____ Bank reg.nr. og konto nr.: _____

Er De momsregistreret? Ja Nej

Forsikringstagers kontaktperson: _____

Telefon nr.: _____

Skadelidte

Navn: _____

Adresse: _____

Post nr.: _____ By: _____

CPR-nr.: _____ Telefon nr. dag: _____

Bank: _____

Er skadelidte ansat hos Dem? Ja Nej

Momsregistreret? Ja Nej

Skadevolder

Navn: _____

Adresse: _____

Post nr.: _____ By: _____

CPR-nr.: _____ Telefon nr. dag: _____

Bank: _____

Er skadevolder ansat hos Dem? Ja Nej

Hvis nej – hvem er skadevolder ansat hos? _____

Oplysninger om skaden

Hvor skete skaden? _____

Adresse: _____

Postnr. _____ By _____

Hvornår skete skaden?

Den: _____ Klokken (0-24): _____

Hvilket arbejde skulle Deres virksomhed udføre på skadestedet?

Hvordan og hvorfor skete skaden?

Evt. tegning til forklaringen

Hvem er efter Deres mening skyld i skaden? _____

Hvorfor? _____

Er der foretaget politianmeldelse? Ja Nej

Hvis ja - stationens navn: _____

Dato for politianmeldelse: _____

Udfyldes ved personskade

Hvilket omfang har skaden? _____

Er skadelidte under lægebehandling? Ja Nej

Er skadelidte dækket af arbejdsskadeforsikring? Ja Nej

Hvis ja - hvilket selskab? _____

Police nr.: _____

Udfyldes ved tingskade

Er det skadede forsikret i andet selskab?

Ja Nej

Hvis ja - hvilket selskab? _____

Police nr.: _____

Er uheldet anmeldt tildet pågældende selskab?

Ja Nej

Hvis nej - bedes skaden anmeldt til selskabet

Havde De/skadevolderen det skadede til:

Behandling/bearbejdning

Lån/leje/opbevaring/be nyttelse eller befordring

Specifikation af det beskadigede og oplysninger til beregning af erstatningen

Art, mærke, type, nr.	Er genstanden købt brugt anfør et "B"	Anskaffelses-tidspunkt	Pris	Pris på ny tilsvarende ting	Skadelidtes erstatningskrav

For at fremme behandlingen af skaden bedes De, hvor det er muligt, medsende dokumentation i form af kvitteringer/regninger for det beskadigede. Påfør venligst police nr. på hvert bilag.

Det beskadigede skal gemmes til forsikrings-selskabet har taget stilling til erstatningspligten.

Er skadelidte under lægebehandling?

Ja Nej

Hvis ja - hvornår? _____

Har De noget at indvende mod kravet?

Ja Nej

Hvis ja - hvorfor? _____

Hvem skal eventuel erstatning udbetales til?

Erklæring

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

Dato ____ / ____ -20 ____

Forsikringstagers underskrift _____