

SKADEANMELDELSE

Køretøj

Skadenr.	Postkode
----------	----------

Forsikringstager

Navn		CPR-nr.	
Adresse		Telefon privat	Telefon arbejde
Postnr.	By	Bank: Reg.nr. og kontonr.	E-mail
Førers kørekort nr.	Omfang	Føreren er:	Forsikringstager
	A B C D E		<input type="checkbox"/> Ægtefælle/samlever <input type="checkbox"/> Lejer <input type="checkbox"/> Ny ejer
Førers navn (hvis anden end forsikringstager)		Førers alder	<input type="checkbox"/> Ansat hos forsikringstager <input type="checkbox"/> Leaser <input type="checkbox"/> Andet
Adresse		Telefonnummer dag	
Postnr.		By	
Telefonnummer aften			

Køretøjet

Registreringsnr.	Indgår køretøjet i dit momsregnskab?	Er skaden sket som led i dit momspligtige erhverv?	Ved delvis fradrag %
Farve	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Fabrikat/Type	Årgang	Anvendelse på skadetidspunktet	
Knallert/arbejdsmaskine	Motornr.	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Erhverv <input type="checkbox"/> Andet	Knallertbevis/Traktorkort
		Stelnr.	<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 dit køretøj	Alkotestet	
Spiritusprøvet (blod)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Kørte du/modparten	Jeg Modpart	Føret
- På hovedvej	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tørt <input type="checkbox"/> Vådt <input type="checkbox"/> Glat
- Fra vej med vigelinie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Din fart _____ km/t
		Lysforhold
		<input type="checkbox"/> Dagslys <input type="checkbox"/> Tusmørke <input type="checkbox"/> Mørke
		Vejbelysning
		<input type="checkbox"/> Tændt <input type="checkbox"/> Ikke tændt <input type="checkbox"/> Findes ikke

Forklaring

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rids over uheldsstedet

Dit køretøj
 Modpartens køretøj
 Udenforstående vidner

Hvem har efter din mening skylden - og hvorfor? (Kan fortsættes på bagsiden)

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

Vidne 1 I dit køretøj I modpartens køretøj Andet sted:

Navn _____ Adresse _____ Telefonnummer _____

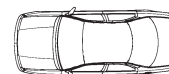
Vidne 2 I dit køretøj I modpartens køretøj Andet sted:

Navn _____ Adresse _____ Telefonnummer _____

Modpart 1

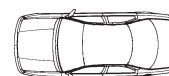
Navn, adresse, evt. telefonnummer _____

Forsikringsselskab _____ Registreringsnummer _____ Policenummer _____ Køretøjets farve _____

Afmærk skaden**Modpart 2**

Navn, adresse, evt. telefonnummer _____

Forsikringsselskab _____ Registreringsnummer _____ Policenummer _____ Køretøjets farve _____

Afmærk skaden**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 Tryg kan du nøjes med at anføre policenummer her, hvorefter du vil høre fra vores skadeafdeling for indbo.

Tryg policenummer _____

Personskade på førerHvori består skaden?

_____**Personskade på modparten**

Navn _____ Adresse _____ Alder _____

Hvori består skaden?

_____**Personskade på andre**

Navn _____ Adresse _____ Alder _____

Passager i dit køretøj

 Ja 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 _____