

SKADEANMELDELSE ANSVAR - Erhverv/Industri

Policenr.	Skadenr.
-----------	----------

Forsikringstager

Navn		Telefonnummer dag	
Adresse		Er du momsregistreret?	
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Postnummer	By	Gironummer	
Forsikringstagers kontaktperson		Telefonnummer	

Skadevolder

Navn		Telefonnummer dag	
Adresse		Fodselsdato	
Postnummer	By		
Er skadevolder ansat hos dig?		Hvis nej - Hvem er skadevolder ansat hos?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			

Skadelidte

Skadelidtes navn		Telefonnummer dag	
Adresse		CPR-nummer	
Postnummer	By	Gironummer	
Er skadelidte ansat hos dig?		Momsregistreret?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Oplysninger om skaden

Hvor skete skaden?
 Adresse _____ Postnr. _____ By _____
 Hvornår skete skaden?
 Den: _____ Kl. (0-24) _____
 Hvilket arbejde skulle din virksomhed udføre på skadestedet?

Hvordan og hvorfor skete skaden? Hvilken fejl har skadevolder begået? _____ _____ _____ _____ _____	Evt. tegning til forklaringen																																																																																																																																																																																									
	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																																																																																																																									

Hvem er efter din mening skyld i skaden?

Hvorfor?

Er der foretaget politianmeldelse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja - stationens navn	Dato for politianmeldelse
------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	---------------------------

Udfyldes ved personskade

Hvilket omfang har skaden?

Er skadelidte under lægebehandling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Er skadelidte dækket af arbejdsskadeforsikring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja - selskab	Policenummer
-------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	--------------

Udfyldes ved tingskade

Er det skadede forsikret i andet selskab? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja - selskab	Policenummer
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	--------------

Er uheldet anmeldt til det pågældende selskab?

Ja Nej Hvis nej bedes skaden anmeldt til selskabet.

Havde du/skadevolderen det skadede til:

Behandling/bearbejdning Lån/leje/opbevaring/benyttelse eller befordring

Specifikation af det beskadigede og oplysninger til beregning af erstatningen

Beskadigede genstande (art, mærke, type)	Er genstanden købt brugt anfør et "B"	Anskaffelsestidspunkt og -pris			Pris på ny tilsvarende ting	Skadelidtes erstatningskrav
		År	Måned	Pris		

For at fremme behandlingen af skaden bedes du, hvor det er muligt, medsende dokumentation i form af kvitteringer/regninger for det beskadigede.

Påfør venligst policenummer på hvert bilag.

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

Har skadelidte rejst et erstatningskrav overfor dig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja - hvornår?
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------

Har du noget at indvende mod kravet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja - hvorfor?
--------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------

Hvem skal eventuel erstatning udbetales til?

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
------	-------------------------------

Udfyldes af agenturet

Anmeldt til agenturet

Den:

Eventuelle supplerende oplysninger	Agenturets stempel
------------------------------------	--------------------