

Vi ber Dem vennligst fylle ut skademeldingen så fullstendig og nøyaktig som mulig. Vi gjør oppmerksom på at den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjør, kan tape enhver rett etter forsikringsavtalen. Skaden vil bli meldt til Forsikringssekskapenes sentrale skaderegister, se forsikringsbeviset.

Forsikringstaker

Forsikringsnr.		Fødselsnummer (11 siffer) Org.nr.		Bank/post Kontonr.	
Navn			Tlf. privat		Tlf. arbeid
Adresse				Tlf. mobil	
Postnr.	Poststed			Oppg. pliktig etter Lov om mva.? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Har De tidligere hatt skader? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, hvor mange - og hva slags skader?		Hvilke(t) forsikringsselskap erstattet skaden(e)?	

Kjøretøy

Kjennemerke (reg.nr.)	Fabrikat/type	Årsmodell	Km.stand
-----------------------	---------------	-----------	----------

Fører

Navn			Fødselsnr.(11 siffer)	
Adresse		Tlf. privat	Tlf. arbeid	Tlf. mobil
Postnr.	Poststed	Fører kortnr.	Klasse	Gyldig til

Skaden

Når inntreff skaden? Dato Klokkeslett	Hvor inntreff skaden? (angi fylke, kommune, vei, sted)
Hvordan oppstod skaden?	
Er det ved kontroll gitt påbud om utskifting av ruten(e)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi når

Sikring av kjøretøy

Er den skadde ruten <input type="checkbox"/> Frontrute <input type="checkbox"/> Siderute <input type="checkbox"/> Bakrute <input type="checkbox"/> Annen (oppgi hvilken)		
Hvordan er ruten skadd? <input type="checkbox"/> I småbiter <input type="checkbox"/> Rosett <input type="checkbox"/> Lengre sprekker		I hvilken grad er glasset rippet/slitt? <input type="checkbox"/> Lite <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Mye
Den gamle ruten er av <input type="checkbox"/> Herdet glass <input type="checkbox"/> Laminert glass <input type="checkbox"/> Farget laminert <input type="checkbox"/> Oppvarmet <input type="checkbox"/> Innebygget antenne <input type="checkbox"/> Annet (oppgi hva)		
Merkostnader for dyrere glasskvalitet (betales av kunden)	Egenandel betalt av kunden	Erstatningsoppgjør sendes <input type="checkbox"/> Verksted <input type="checkbox"/> Forsikringstaker
Kr.	Kr.	

Undertegnede bekrefter at de gitte opplysninger er korrekte og at det ikke foreligger opplysninger om andre forhold som kan ha innvirkning på erstatningsplikten.

Dato, forsikringstakers/førers underskrift	Dato, verkstedets underskrift (før også opp adresse og telefonnummer hvis disse ikke fremgår av vedlegg)
--	--