

Storebrand Forsikring AS, Postboks 500, 1327 Lysaker. Telefon: 91508880.
E-post: naeringsbil@storebrand.no

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 Forsikringsselskapenes sentrale skaderegister.

Forsikringstaker

ETTERNAVN, FORNAVN:		POLISE/KUNDENR.:	
ADRESSE:		FØDSELSNR./ORG.NR.:	
POSTNR.:	POSTSTED:	YRKE/STILLING:	
E-POST:	KONTONR. (11 SIFFER):		
Har du meldt skader til oss eller andre forsikringsselskap siste 3 år?		Ja	Nei
Er du oppgavepliktig etter lov om merverdiavgift?		Ja	Nei
ANTALL SKADER:	HVA SLAGS SKADER:	HVILKE FORSIKRINGSSKAP:	

Kjøretøy

REG. NR.:	FABRIKAT/MODELL:	ÅRSMODELL:	KM.STAND:
Er motorvognen reparert tidligere?		Ja	Nei
Er motorvognen leaset?		Ja	Nei
Foreligger panteheftelser i bilen?		Ja	Nei
Benyttes motorvognen i næringsvirksomhet?		Landbruk	Skogbruk
ANNEN VIRKSOMHET - OPPGI HVA SLAGS::		Entreprenør- /anleggsvirksomhet	

HVA BLE REPARERT, OG HVEM UTFØRTE REPARASJONEN(E)?

LEASINGFIRMA - NAVN OG ADRESSE (ORG.NR OM TILGJENGELIG):

PANTHAVER - NAVN OG ADRESSE (ORG.NR OM TILGJENGELIG):

Fører

ETTERNAVN:	FORNAVN:	FØDSELSNR.:	
ADRESSE:	POSTNR.:	POSTSTED:	ALDER PÅ FØRER:
TELEFON PRIVAT:	FØRERKORTNR.:	KLASSE:	GYLDIG TIL:

Skaden

NÅR INNTRAFF SKADEN (DATO / KLOKkesLETT):	HVOR INNTRAFF SKADEN? (ANGI FYLKE, KOMMUNE, VEI, STED):
---	---

HVORDAN INNTRAFF SKADEN:

VENNLIGST TEGN EN SKISSE AV UHELLET:

HVILKE SKADER HAR OPPSTÅTT:

SKADE PÅ ANNEN PARTS EIENDOM:

HVOR KAN MOTORVOGNEN BESIKTIGES:

HVEM SKAL REPARERE MOTORVOGNEN:

HVIS JA, TIL HVILKET POLITIKAMMER/LENSMANNSKONTOR:

Er skaden meldt til politiet? Ja Nei

Supplerende opplysninger fra fører

HASTIGHET DA SITUASJONEN OPPSTOD (KM/T):

HASTIGHET I KOLLISJONSØYEBLIKKET (KM/T):

FARTSGRENSE PÅ STEDET (KM/T):

VEIDЕККЕ:

FØRE:

VÆRFORHOLD:

Fast dekke	Grus	Tørt	Vått	Snø/is	Opphold	Regn	Snø	Tåke
------------	------	------	------	--------	---------	------	-----	------

TEMPERATUR (CA) CELCIUS:

LYSFORHOLD:

Dagslys	Skumring	Mørkt	Gatelys tent
---------	----------	-------	--------------

LYS SOM VAR I BRUK:

Fjernlys	Nærlys	Parklys	Ekstralys	Brukte ikke lys
----------	--------	---------	-----------	-----------------

DEKK OG TILSTAND:

TILSTAND:

Sommerdekk	Vinterdekk	Piggfrie vinterdekk	Gode	Slitt	Dårlig
------------	------------	---------------------	------	-------	--------

Rus/legemiddel: Hadde fører inntatt alkohol/rusmidler/trafikkfarlige legemidler? Ja Nei

HVIS JA, HVILKE:

Alkohol	Legemidler	Andre rusmidler	Er utåndingsprøve/blodprøve tatt?	Ja	Nei
---------	------------	-----------------	-----------------------------------	----	-----

HVIS JA, HVILKET FIRMA:

Er bilbergning rekvirert? Ja Nei

Personskader

NAVN: _____ ADRESSE: _____

PERSONNUMMER: _____ TELEFON: _____ STATUS: _____

Fører	Passasjer	Fotgjenger	Syklist
-------	-----------	------------	---------

SIKRING: _____

Bilbelte	Kollisjonspute	Barnesikring	Hjelm	Ingen
----------	----------------	--------------	-------	-------

HVORDAN ER SITUASJONEN TIL VEDKOMMENDE: _____ BEHANDLET AV LEGE/SYKEHUS: _____

Omkommet	Innlagt på sykehus	Legebehandlet
----------	--------------------	---------------

NAVN: _____ ADRESSE: _____

PERSONNUMMER: _____ TELEFON: _____ STATUS: _____

Fører	Passasjer	Fotgjenger	Syklist
-------	-----------	------------	---------

SIKRING: _____

Bilbelte	Kollisjonspute	Barnesikring	Hjelm	Ingen
----------	----------------	--------------	-------	-------

HVORDAN ER SITUASJONEN TIL VEDKOMMENDE: _____ BEHANDLET AV LEGE/SYKEHUS: _____

Omkommet	Innlagt på sykehus	Legebehandlet
----------	--------------------	---------------

NAVN: _____ ADRESSE: _____

PERSONNUMMER: _____ TELEFON: _____ STATUS: _____

Fører	Passasjer	Fotgjenger	Syklist
-------	-----------	------------	---------

SIKRING: _____

Bilbelte	Kollisjonspute	Barnesikring	Hjelm	Ingen
----------	----------------	--------------	-------	-------

HVORDAN ER SITUASJONEN TIL VEDKOMMENDE: _____ BEHANDLET AV LEGE/SYKEHUS: _____

Omkommet	Innlagt på sykehus	Legebehandlet
----------	--------------------	---------------

NAVN: _____ ADRESSE: _____

PERSONNUMMER: _____ TELEFON: _____ STATUS: _____

Fører	Passasjer	Fotgjenger	Syklist
-------	-----------	------------	---------

SIKRING: _____

Bilbelte	Kollisjonspute	Barnesikring	Hjelm	Ingen
----------	----------------	--------------	-------	-------

HVORDAN ER SITUASJONEN TIL VEDKOMMENDE: _____ BEHANDLET AV LEGE/SYKEHUS: _____

Omkommet	Innlagt på sykehus	Legebehandlet
----------	--------------------	---------------

Jeg aksepterer elektronisk kommunikasjon. Jfr. Fal 20-3.

STED OG DATO:

FORSIKRINGSTAKERS OG FØRERS UNDERSKRIFT: