



GF Forsikring a/s · Jernbanevej 65 · 5210 Odense NV  
privatskade@gfforsikring.dk · Tlf. 72 24 42 90  
Åbningstider (8:30 - 16:00 mandag -fredag)  
CVR-nr. 26 23 14 18

Policenr.: \_\_\_\_\_

### Ansvarsskade – Hvad anmelder du?

Husejeransvar  Erhvervsansvar

Firmanavn: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Postnr.: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

CVR-nr.: \_\_\_\_\_

## Anmeldelse af ansvarsskade

SKRIV TYDELIGT - gerne med  
blokbogstaver og brug kuglepen

|                                      |  |  |   |
|--------------------------------------|--|--|---|
| <b>Skadevolder</b>                   | Hvem har forvoldt skaden? (Navn og adresse)  |  |   |
|                                      | Hvorfor var skadevolder på stedet?   | Er skaden sket under udøvelse af erhverv?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej    | Hvis nej, hvorfor var skadevolder på skadestedet?   |
|                                      | Er skadevolder dækket af anden ansvarsforsikring?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej          | Hvis ja (selskab og policenr.)   | Var skadevolder spirituspåvirket?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| <b>Skadedato</b>                     | Hvornår skete skaden? (Dato og tidspunkt)  | Hvor skete skaden? (adresse)   |   |
| <b>Eventuelle skadelidte/modpart</b> | Navn   |  |   |
|                                      | Adresse  | Postnr.  | By  |
|                                      | Telefon  | Forsikringsselskab   | Policenr.   |
|                                      | Er eller var den skadelidte beskæftiget/ansat hos dig?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej     | Er den skadelidte medejer af din virksomhed?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |   |
| <b>Politianmeldelse</b>              | Politianmeldt?<br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja – stationens navn:                          |  |   |
|                                      | Hvem anmeldte skaden? (navn og adresse)  |  |   |
| <b>Oplysninger om skaden</b>         | Hvordan skete skaden? (Beskrives udførligt, selvom politirapport er optaget – vedlæg eventuelt supplerende forklaring) |  |   |
| <b>Ansvar for uheldet?</b>           | Hvem mener du bærer ansvaret for uheldet?  |  |   |
|                                      | Hvorfor?   |  |   |

## Anmeldelse af ansvarsskade

SKRIV TYDELIGT - gerne med  
 blokbogstaver og brug kuglepen

|                                     |  |                    |                                     |   |
|-------------------------------------|--|--------------------|-------------------------------------|---|
| <b>Vidner til uheldet</b>           | Stilling   |                    | Stilling                            |   |
|                                     | Navn   |                    | Navn                                |   |
|                                     | Adresse  |                    | Adresse                             |   |
|                                     | Postnr. og by  |                    | Postnr. og by                       |   |
|                                     | Telefon privat   | Telefon arbejde    | Telefon privat                      | Telefon arbejde   |
| <b>Udfyldes kun ved personskade</b> | Hvilken personskade er der sket?   |                    | Skadelidtes cpr-nr.                 |   |
|                                     | Er skadelidte under lægebehandling?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej  |                    | Hos hvilken læge? (navn og adresse) |   |
|                                     | Er skadelidte ulykkesforsikret?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej  |                    | Hvis ja (selskab og policenr.)      |   |
|                                     | Er skaden meldt til den lovpligtige arbejdsforsikring?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   |                    | Hvis ja (selskab og policenr.)      |   |
| <b>Udfyldes kun ved tingskade</b>   | Var den beskadigede ting forsikret? (f.eks. bilkaskoforsikret, bygningskaskoforsikret, indboforsikret)<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |                    |                                     |   |
|                                     | Hvilket forsikringsselskab?  | Policenr.          | Reg.nr. på bil                      | Er skaden anmeldt dertil?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
|                                     | Var den beskadigede ting overladt til nogen af de forsikrede?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej  |                    | Hvis ja – fra hvilken dato?         |   |
|                                     | Er der fremsat erstatningskrav mod dig?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej  | Kravets størrelse? |                                     | Er kravet rimeligt?   |
|                                     | Hvilke ting er beskadiget, og hvilke skader er der sket?   | Købsdato           | Købspris                            |   |
|                                     |  |                    |                                     |   |
|                                     |  |                    |                                     |   |
|                                     |  |                    |                                     |   |
|                                     |  |                    |                                     |   |
|                                     |  |                    |                                     |   |
| <b>Underskrift</b>                  | Jeg erklærer hermed, at de oplysninge,r jeg har givet i anmeldelsen, svarer til de faktiske forhold.   |                    |                                     |   |
|                                     | Sted og dato   |                    | Forsikringstagerens underskrift     |   |