

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

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

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

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

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

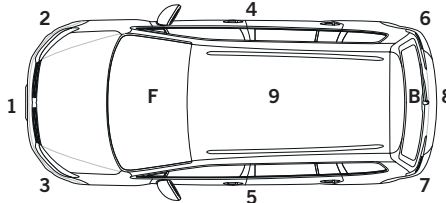
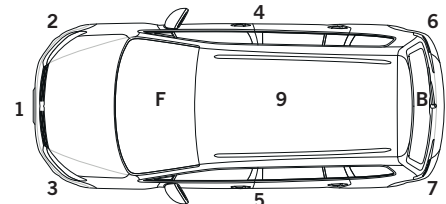
Postnr.: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_




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

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

## Anmeldelse af bilskade - med kendt modpart

SKRIV TYDELIGT - gerne med  
 blokbogstaver og brug kuglepen

<b>Forsikrede bil</b>	Registreringsnummer	Fabrikat			
	Indgår bilen i momsregistreret virksomhed? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Er der abonnement ved redningskorp/klub? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
<b>Fører</b>	<input type="checkbox"/> Forsikringstager <input type="checkbox"/> Ægtefælle/samlever <input type="checkbox"/> Hjemmeboede barn <input type="checkbox"/> Låner/leaser <input type="checkbox"/> Reparatør? <input type="checkbox"/> Anden: _____ <input type="checkbox"/> Ny ejer (slutseddel skal vedlægges)				
	Har fører gyldigt kørekort til bilen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Angiv hvilke kategorier føreren har kørekort til (f.eks. B, C1, E):			
	Førers navn (hvis forsikringstager ikke er fører)				
	Adresse		Telefon/mobil.		
<b>Skadedato og skadested</b>	Hvornår skete skaden? (dato og tidspunkt)	Hvor skete skaden? (Gadenavn og by)			
<b>Politianmeldelse</b>	Politianmeldt? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, stationens navn: _____	<input type="checkbox"/> Alkotest/udånding <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Blodprøve <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
<b>Skade på bilen</b>	Aflever bilen på et værksted. Værkstedet kontakter vores taksator, som skal besigtige bilen, før reparationen må påbegyndes.	Skaden markeres med ○  B=Bagrude, F=Forrude Skal skaden repareres? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
<b>Modpart</b>	<input type="checkbox"/> Bil <input type="checkbox"/> Motorcykel <input type="checkbox"/> Knallert <input type="checkbox"/> Cykel <input type="checkbox"/> Fodgænger <input type="checkbox"/> Andet: _____				
	Navn		Tlf nr.		
	Adresse				
	Forsikringsselskab		Policenr.	Bilens reg. nr.	
	Mærke, type, farve på bilen				
	Skade på modpartens køretøj	Skaden markeres med ○ (når modpart er bil)  B=Bagrude, F=Forrude			

<b>Beskrivelse af hændelsesforløbet</b> (Eventuel yderligere forklaring kan vedlægges)																													
<b>Skitse over uheldsstedet</b> (Eventuel yderligere forklaring og skitse kan vedlægges)	 Din bil																												
	 Modparts bil																												
	 Vidne																												
<b>Beskrivelse af uheldsstedet</b>	Din hastighed (km/t)				Modpartens hastighed (km/t)				Vejret (lyst, mørkt, klart, tåget eller andet)																				
	Kørte du eller modparten: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Jeg</td> <td style="text-align: center;">Modpart</td> </tr> <tr> <td>På motorvej</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>På afmærket hovedvej</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fra vej med vigepligt</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>På offentlig/privat vej</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fra markvej, ejendom, privat grund</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					Jeg	Modpart	På motorvej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	På afmærket hovedvej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fra vej med vigepligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	På offentlig/privat vej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fra markvej, ejendom, privat grund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvor kom modparten fra? <input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre <input type="checkbox"/> Forfra <input type="checkbox"/> Bagfra <input type="checkbox"/> Parkeret uden lys <input type="checkbox"/> Parkeret med lys				Hvilke lygter havde du tændt? <input type="checkbox"/> Blinklys <input type="checkbox"/> Positionsllys <input type="checkbox"/> Nærlys <input type="checkbox"/> Fjernlys Var gadebelysning tændt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
	Jeg	Modpart																											
På motorvej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
På afmærket hovedvej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Fra vej med vigepligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
På offentlig/privat vej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Fra markvej, ejendom, privat grund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<b>Personskade</b> (Ved skade på mindreårige opgiv forældres navn)	Navn				Adresse				Cpr-nr.																				
	Hvori består skaden?								Skadelidte var (Fører,passager, andet)																				
	Navn				Adresse				Cpr-nr.																				
	Hvori består skaden?								Skadelidte var (Fører,passager, andet)																				
<b>Skade på ting</b> (Ikke tilhørende forsikringstager)	Ting				Skadens omgang																								
	Ejer				Hvor befandt tingen sig?																								
<b>Vidner</b> (Som ikke befandt sig i de implicerede biler)	Navn																												
	Adresse																												
	Telefon				Hvor befandt vidnet sig?																								
	Navn																												
	Adresse																												
	Telefon				Hvor befandt vidnet sig?																								
<b>Ansvar</b>	Hvem har efter din mening ansvaret og hvorfor?																												
	<b>Jeg erklærer hermed, at de oplysninger, jeg har givet i anmeldelsen, svarer til de faktiske forhold.</b>																												
	Sted og dato						Forsikringstagers underskrift																						