

Forsikringsnr

SKADEMELDING TILHENGER / CAMPINGVOGN KASKOSKADE



Vi ber deg 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, se forsikringsbeviset.

1. Forsikringstaker

Navn (Etternavn, Fornavn / Firmanavn)		Fødselsnr/org.nr (Utfylles ikke ved elektronisk innsendelse)		
Adresse		Postnr/sted		Kontonummer for evt. erstatning
Telefon arbeid	Mobil / hjemmetelefon	E-post (oppgi korrekt e-postadresse)		Jeg samtykker i at all korrespondanse i saken kan foregå på e-post. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Oppgavepliktig etter Lov om mva <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Har du tidligere vært utsatt for skader? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Ant skader	Forsikringsselskap	Yrke

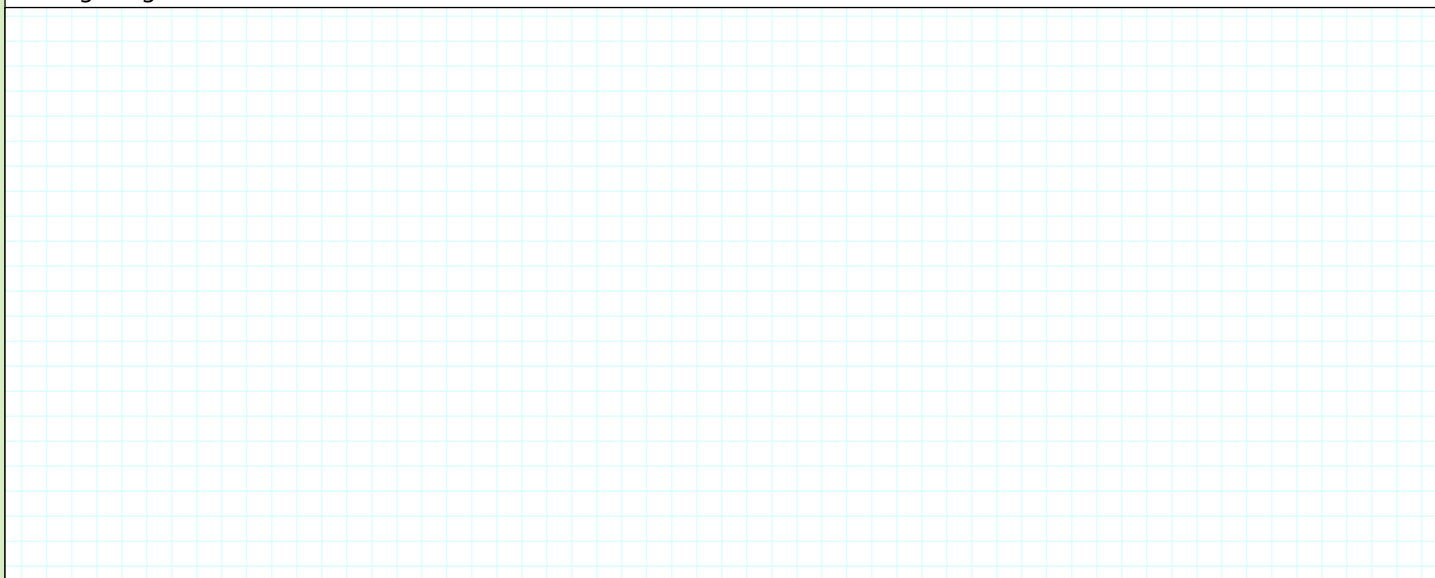
2. Tilhenger / Campingvogn

Reg. nr	Fabrikat/modell	Årsmodell	Forsikringssum
Er objektet reparert tidligere? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi når	Hva ble reparert, og hvem utførte reparasjonen(e)?	
Foreligger panteheftelser i bilen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Pantehaver - navn og adresse (org.nr. om tilgjengelig)		

3. 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?



Fortsetter neste side

Hva var etter din mening årsaken til skaden?	
Hvor kan tilhengeren / campingvognen besiktiges?	Hvem skal reparere tilhengeren / campingvognen?
Er skaden meldt til politiet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, til hvilket politikammer/lensmannskontor?

4. Ansvar (Skade på tredjemann / tredjemanns interesse)

Skadelidtes navn	Telefon
Adresse	Postnr/sted

Hva er skadet?

Sted og dato	Forsikringstakers underskrift
--------------	-------------------------------