

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 Forsikringssselskapenes sentrale skaderegister, se forsikringsbeviset.

1. Forsikringstaker

Navn (Eternavn, Fornavn / Firmanavn)		Fødselsnr/org.nr (Utfylles ikke ved elektronisk innsendelse)	
Adresse		Postnr/sted	Kontonummer for evt. erstatning
Telefon arbeid	Mobil / hjemmetelefon	E-post	Yrke
Oppgavepliktig etter Lov om mva <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Har De tidligere vært utsatt for skader? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Ant skader Forsikringsselskap

2. Kjøretøy

Reg. nr	Fabrikat/modell	Årsmodell	Km.stand / kjørte timer
Er motorvognen reparert tidligere? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi når	Hva ble reparert, og hvem utførte reparasjonen(e)?	
Er motorvognen leaset? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Leasingfirma - navn og adresse (org.nr. om tilgjengelig)		
Foreligger pantheftelser i bilen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Pantehaver - navn og adresse (org.nr. om tilgjengelig)		
Motorvognen benyttes i: <input type="checkbox"/> Landbruk <input type="checkbox"/> Skogbruk <input type="checkbox"/> Entreprenør-/anleggsvirksomhet		Annen virksomhet - oppgi hva slags:	

3. Fører

Eternavn	Fornavn	Fødselsnr	
Adresse	Postnr/sted	Alder på fører:	
Telefon privat	Mobil	Førerkortnummer	Klasse Gyldig til

4. 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 besktiges?	Hvem skal reparere motorvognen?
Er skaden meldt til politiet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, til hvilket politikammer/lensmannskontor?

5. Supplerende opplysninger fra fører

Hastighet	Da situasjonen oppstod	<input type="text"/>	km/t	I kollisjonsøyeblikket	<input type="text"/>	km/t	Fartsgrense på stedet	<input type="text"/>	km/t
Veidekke	<input type="checkbox"/> Fast dekke	<input type="checkbox"/> Grus	Føre	<input type="checkbox"/> Tørt	<input type="checkbox"/> Vått	<input type="checkbox"/> Snø/is			
Værforhold	<input type="checkbox"/> Opphold	<input type="checkbox"/> Regn	<input type="checkbox"/> Snø	<input type="checkbox"/> Tåke	Temperatur (ca)		<input type="text"/>	Celcius	
Lysforhold	<input type="checkbox"/> Dagslys	<input type="checkbox"/> Skumring	<input type="checkbox"/> Mørkt	<input type="checkbox"/> Gatelyst tent					
Lys som var i bruk	<input type="checkbox"/> Fjernlys	<input type="checkbox"/> Nærlys	<input type="checkbox"/> Parklys	<input type="checkbox"/> Ekstralys	<input type="checkbox"/> Brukte ikke lys				
Dekk og tilstand	<input type="checkbox"/> Sommerdekk	<input type="checkbox"/> Vinterdekk	<input type="checkbox"/> Piggfrie vinterdekk	Tilstand	<input type="checkbox"/> Gode	<input type="checkbox"/> Sitt	<input type="checkbox"/> Dårlig		
Rus/legemiddel: Hadde fører inntatt alkohol/rusmidler/trafikkfarlige legemidler? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei				Er utåndingsprøve/blodprøve tatt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei					
Hvis ja, hvilke: <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Legemidler <input type="checkbox"/> Andre rusmidler				Er bilberging rekvirert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, hvilket firma?			

6. Personskader

Navn	Adresse	Personnummer	Telefon
Status <input type="checkbox"/> Fører <input type="checkbox"/> Passasjer <input type="checkbox"/> Fotgjenger <input type="checkbox"/> Syklist	Sikring <input type="checkbox"/> Bilbelte <input type="checkbox"/> Kollisjonspute <input type="checkbox"/> Barnesikring <input type="checkbox"/> Hjelme <input type="checkbox"/> Ingen		
Hvordan er situasjonen til vedkommede? <input type="checkbox"/> Omkommet <input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus <input type="checkbox"/> Legebehandlet	Behandlet av lege/sykehus:		

Navn	Adresse	Personnummer	Telefon
Status <input type="checkbox"/> Fører <input type="checkbox"/> Passasjer <input type="checkbox"/> Fotgjenger <input type="checkbox"/> Syklist	Sikring <input type="checkbox"/> Bilbelte <input type="checkbox"/> Kollisjonspute <input type="checkbox"/> Barnesikring <input type="checkbox"/> Hjelme <input type="checkbox"/> Ingen		
Hvordan er situasjonen til vedkommede? <input type="checkbox"/> Omkommet <input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus <input type="checkbox"/> Legebehandlet	Behandlet av lege/sykehus:		

Navn	Adresse	Personnummer	Telefon
Status <input type="checkbox"/> Fører <input type="checkbox"/> Passasjer <input type="checkbox"/> Fotgjenger <input type="checkbox"/> Syklist	Sikring <input type="checkbox"/> Bilbelte <input type="checkbox"/> Kollisjonspute <input type="checkbox"/> Barnesikring <input type="checkbox"/> Hjelme <input type="checkbox"/> Ingen		
Hvordan er situasjonen til vedkommede? <input type="checkbox"/> Omkommet <input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus <input type="checkbox"/> Legebehandlet	Behandlet av lege/sykehus:		

Navn	Adresse	Personnummer	Telefon
Status <input type="checkbox"/> Fører <input type="checkbox"/> Passasjer <input type="checkbox"/> Fotgjenger <input type="checkbox"/> Syklist	Sikring <input type="checkbox"/> Bilbelte <input type="checkbox"/> Kollisjonspute <input type="checkbox"/> Barnesikring <input type="checkbox"/> Hjelme <input type="checkbox"/> Ingen		
Hvordan er situasjonen til vedkommede? <input type="checkbox"/> Omkommet <input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus <input type="checkbox"/> Legebehandlet	Behandlet av lege/sykehus:		

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