

SKADEMELDING

Bygning/løsøre/varer Innbrudd, tyveri

Vi ber om at skademeldingen fylles ut 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.

Forsikringstaker:			
Kundenummer:	Objektnr:	Org.nr/fødselsnr:	Erstatning ønskes overført til konto:
Navn:		Telefon:	Mobil: Faks:
Adresse:		Yrke/stilling:	
Postnr:	Sted:	E-post:	Oppgavepliktig etter lov om mva: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Kontaktperson:		Telefon:	Mobil: E-post:
Har du/dere tidligere hatt skader? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja hvor mange – og hva slags skader?	Hvilke(t) forsikringsselskap erstattet skaden(e)?	
Forsikringsforhold:			
Er noen av tingene forsikret i et annet selskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi selskapets navn:	Hvis ja, er skaden meldt dit?	
Huseierens navn (hvis annen enn forsikringstaker):	Er huseier underrettet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Bygningen er forsikret i (selskapets navn):	
Har du eller andre husstandsmedlemmer dekket kollektiv innboforsikring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi hvem:	Hvis ja, oppgi selskap:	
Opplysninger om innbruddet/tyveriet:			
Hvor intr traff skaden (adresse)?			Kommune:
Når intr traff skaden (dato og klokkeslett)?		Hvor i bygningen intr traff skaden?	
Hvilke bygningsskader er oppstått?			
Hvordan kom tyven(e) inn?			
Hvem oppdaget innbruddet/tyveriet (navn)?		Hvem meldte skaden til politiet (navn)?	
Når ble skaden meldt til politiet (dato)?	Politistasjon:	Oppgi politiets anmeldelsesnr:	
Var boligen bebodd på skadetidspunktet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, av hvem (navn)?	Hvem hadde nøkler eller tilgang til nøkler (navn)?	
Hvor var forsikringstaker da innbruddet/tyveriet skjedde?			
Var alle vinduer lukket og låst? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Stod noen av vinduene i luftstilling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Er det foretatt besiktigelse av skaden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvem besiktiget skaden (navn):		

