

SKADEMELDING

Skademeldingen sendes:
Knif Trygghet Forsikring AS
Skadeavdelingen
Møllergata 39
0179 Oslo

Tlf: 23 68 39 00
bilskade@kniftrygghet.no
www.kniftrygghet.no

Motorvogn Glass

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:	Avtalenr:	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 bilglasskader? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja hvor mange?		Hvilke(t) forsikringselskap erstattet skaden(e)?		
Kjøretøy:					
Kjennemerke(reg nr):	Fabrikat/type:		Årsmode:	Km.stand:	
Biltype: <input type="checkbox"/> Personbil <input type="checkbox"/> Varebil <input type="checkbox"/> Kombinerbil <input type="checkbox"/> Lastebil <input type="checkbox"/> Buss <input type="checkbox"/> Campingbil <input type="checkbox"/> Annet					
Fører:					
Navn:			Fødselsnr (11 siffer):		
Adresse:		Telefon privat:	Telefon arbeid:	Mobil:	
Postnr:	Sted:	Førekortnr:	Klasse:	Gyldig til:	
Skaden:					
Når inntraff skaden (dato og klokkeslett)?		Hvor inntraff skaden(angi fylke, kommune, vei, sted)?			
Hvordan oppstod skaden?					
Er det ved kontroll gitt påbud om utskifting av ruten(e)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, oppgi når:			
Verkstedets opplysninger:					
Den skadede rute er: <input type="checkbox"/> Frontrute <input type="checkbox"/> Siderute <input type="checkbox"/> Bakrute <input type="checkbox"/> Annen (oppgi hvilken):					
Hvordan er ruten skadet? <input type="checkbox"/> I småbiter <input type="checkbox"/> Rosett <input type="checkbox"/> Lengre sprekker			I hvilken grad er glasset ripet/slitt? <input type="checkbox"/> Lite <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Mye		
Den skadede ruten er av: <input type="checkbox"/> Herdet glass <input type="checkbox"/> Laminert glass <input type="checkbox"/> Farget laminert			<input type="checkbox"/> Oppvarmet <input type="checkbox"/> Innebygget antenne <input type="checkbox"/> Annet (oppgi hva):		
Merkostnader for dyrere glasskvalitet (Betales av kunden): kr.		Egenandel betalt av kunden: kr.		Erstatningsoppgjør sendes: <input type="checkbox"/> Verksted <input type="checkbox"/> Forsikringstaker	
Undertegnede bekrefter at de gitte opplysninger er korrekte og at det ikke foreligger opplysninger om andre forhold som kan ha innvirkning på erstatningsplikten.					
Dato, forsikringstakers/førers underskrift:			Dato, verkstedets underskrift (før også opp adresse og telefonnummer hvis disse ikke fremgår av vedlegg):		