

## Motorvogn Redning

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 skader? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja hvor mange?		Hvilke(t) forsikringsselskap erstattet skaden(e)?		
Kjøretøy:					
Kjennemerke(reg nr):	Fabrikat/type:		Årsmodell:	Km.stand.:	
Fører:					
Navn:			Fødselsnr (11 siffer):		
Adresse:		Telefon privat:	Telefon arbeid:	Mobil:	
Postnr:	Sted:	Førekortnr:	Klasse:	Gyldig til:	
Redning:					
Tidspunkt for assistanse(dato og klokkeslett):		Assistanse fra (sted):			
<input type="checkbox"/> Reparasjon på stedet		<input type="checkbox"/> Reparasjon på nærmeste verksted		Var fører påvirket av berusende/bedøvende middel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Årsaken til at assistansen ble nødvendig:		<input type="checkbox"/> Fører rammet av sykdom/ulykke		<input type="checkbox"/> Passasjer rammet av sykdom/ulykke	
<input type="checkbox"/> Kjøretøyet stjålet		<input type="checkbox"/> Kjøretøy driftstans		<input type="checkbox"/> Kollisjon, velting, utforkjøring	
Planlagt reiserute:					
Utgifter:					
Ved krav om refusjon av utgifter til hjemreise eller reise til bestemmelsesstedet, skal kvittering for utført reparasjon vedlegges. Ved sykdom/ulykke skal legeerklæring vedlegges.					
Transportutgifter og nødvendige merutgifter som kreves refundert(originalkvitteringer må vedlegges):					
Utgiftene gjelder følgende personer:		Fødselsdato:	Adresse:		
Reiseforsikring, abonnement/medlemskap i redningskorps/bilorg./merkegaranti.			Medlemsnr:		
Navn:					
Sted og dato:	Forsikringstakers underskrift:		Førers underskrift:		