

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:	Avtalenummer:	Org.nr/fødselsdato:	Erstatning ønskes overført til konto:
Navn:		Telefon:	E-post:
Adresse:			
Postnr:	Sted:	Oppgavepliktig etter lov om mva: Ja Nei	
Kontaktperson:		Telefon:	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) forsikringselskap 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 informert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Bygningen er forsikret i (selskapets navn):
Har du eller andre husstandsmedlemmer 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):	

