

Skademelding – motorvogn


Skademeldingsblanketten må fylles ut fullstendig og så nøyaktig som mulig. Den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjør, kan tape enhver rett etter forsikringsavtalen, jfr. forsikringsavtaleloven § 8-1.

Motorvogn

Kjennemerke	Fabrikat	Årsmodell	Kilometerstand
Er motorvognen leaset? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		Hvis ja, oppgi navn og org.nr. på leasingfirma	
Motorvognen benyttes i: Landbruk <input type="checkbox"/> Skogbruk <input type="checkbox"/> Entreprenør/anleggsvirk. <input type="checkbox"/>		Annen virksomhet – oppgi hva slags	

Skaden

Når inntraff skaden? (dato, klokkeslett)	Hvor inntraff skaden? (kommune, vei, sted)
Hvordan inntraff skaden?	


Hvilke skader har oppstått?	Merk med pil første berøringspunkt ved kollisjon
	

Hvor kan motorvognen besiktiges?	Hvem skal reparere motorvognen?
----------------------------------	---------------------------------

Er skaden meldt til politiet? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Hvis ja, til hvilket politikammer/lensmannskontor?
---	--

Annen part

Er det annen part involvert? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Hvis ja, oppgi hva (kjøretøy/båt/bygning etc)
--	---

Informasjon om annen part (kjennemerke/grunneier/adresse/eier etc)	Skade på den andre partens eiendeler/eiendom?	Merk med pil første berøringspunkt ved kollisjon
		

Vennligst tegn en skisse av uhellet



Forsikringstaker

Forsikringsnummer	Organisasjonsnummer	Bankkontonummer
Navn		E-postadresse
Gate/vei		Telefon
Postnummer	Poststed	Kontaktperson

Er dere oppgavepliktig etter lov om merverdiavgift?

Ja Nei

Fører

Etternavn	Fornavn	Fødselsnr
Gate/vei		
Postnr/sted	Telefonnummer	Alder på fører
Førerkortnummer	Klasse	Gyldig til

Supplerende opplysninger fra fører

Hastighet Da situasjonen oppstod km/t I kollisjonsøyeblikket km/t Fartsgrense på stedet Km/t

Veidekke Fast dekke Grus **Føre** Tørt Vått Snø/is

Værforhold Opphold Regn Snø Tåke **Temperatur (ca)** Celcius

Dekk og tilstand Sommerdekk Vinterdekk Piggfrie vinterdekk **Tilstand** Gode Slitt Dårlig

Lysforhold Dagslys Skumring Mørkt Gatelys tent

Lys som var i bruk Fjernlys Nærlys Parklys Ekstralys Brukte ikke lys

Rus/legemiddel: Hadde fører inntatt alkohol/rusmidler/trafikkfarlige legemidler?
Ja Nei

Er utåndingsprøve/blodprøve tatt?
Ja Nei

Hvis ja, hvilke:
Alkohol Legemidler Andre rusmidler

Er bilberging rekvirert?
Ja Nei

Hvis ja, hvilket firma?

Personskader

Navn	Personnummer
------	--------------

Adresse	Telefon
---------	---------

Status Fører <input type="checkbox"/> Passasjer <input type="checkbox"/> Fotgjenger <input type="checkbox"/> Syklist <input type="checkbox"/>	Sikring Bilbelte <input type="checkbox"/> Kollisjonspute <input type="checkbox"/> Barnesikring <input type="checkbox"/> Hjelm <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/>
Howdan er situasjonen til vedkommende? Omkommet <input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus <input type="checkbox"/> Legebehandlet <input type="checkbox"/>	Behandlet av lege/sykehus:

Navn	Personnummer
------	--------------

Adresse	Telefon
---------	---------

Status Fører <input type="checkbox"/> Passasjer <input type="checkbox"/> Fotgjenger <input type="checkbox"/> Syklist <input type="checkbox"/>	Sikring Bilbelte <input type="checkbox"/> Kollisjonspute <input type="checkbox"/> Barnesikring <input type="checkbox"/> Hjelm <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/>
Howdan er situasjonen til vedkommende? Omkommet <input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus <input type="checkbox"/> Legebehandlet <input type="checkbox"/>	Behandlet av lege/sykehus:

Navn	Personnummer
------	--------------

Adresse	Telefon
---------	---------

Status Fører <input type="checkbox"/> Passasjer <input type="checkbox"/> Fotgjenger <input type="checkbox"/> Syklist <input type="checkbox"/>	Sikring Bilbelte <input type="checkbox"/> Kollisjonspute <input type="checkbox"/> Barnesikring <input type="checkbox"/> Hjelm <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/>
Howdan er situasjonen til vedkommende? Omkommet <input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus <input type="checkbox"/> Legebehandlet <input type="checkbox"/>	Behandlet av lege/sykehus:

Undertegnede inntår for at opplysningene på denne skademelding er riktige og fullstendige. Uriktige eller ufullstendige opplysninger kan bli medføre erstatningskrav fra forsikringsselskapet, dersom disse medfører at selskapet utbetaler uberettiget erstatning.

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

Førers underskrift
