

Forsikringsnr

## SKADEMELDING MOTORVOGN KASKOSKADE



Vi ber deg vennligst fylle ut skademeldingen så fullstendig og nøyaktig som mulig. Den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjør, kan tape enhver rett etter forsikringsavtalen. Skaden vil bli meldt til Forsikringsselskapenes sentrale skaderegister, se forsikringsbeviset. Hvis du skal sende personnummer og/eller andre sensitive opplysninger på e-post, må denne sendes kryptert.

### 1. Forsikringstaker

Navn (Etternavn, Fornavn / Firmanavn)			Fødselsnr/org.nr		
Adresse		Postnr/sted		Kontonummer for evt. erstatning	
Telefon arbeid	Mobil / hjemmetelefon	E-post (oppgi korrekt e-postadresse)		Jeg samtykker i at all korrespondanse i saken kan foregå på e-post. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Oppgavepliktig etter Lov om mva <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Har du tidligere vært utsatt for skader? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Ant skader	Forsikringsselskap	Yrke	

### 2. Kjøretøy

Reg. nr	Fabrikat/modell	Årsmodell	Km.stand / kjørte timer
Er motorvognen reparert tidligere? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi når	Hva ble reparert, og hvem utførte reparasjonen(e)?	
Er motorvognen leaset? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Leasingfirma - navn og adresse (org.nr. om tilgjengelig)		
Foreligger panteheftelser i bilen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Pantehaver - navn og adresse (org.nr. om tilgjengelig)		
Motorvognen benyttes i: <input type="checkbox"/> Landbruk <input type="checkbox"/> Skogbruk <input type="checkbox"/> Entreprenør-/anleggsvirksomhet	Annen virksomhet - oppgi hva slags:		

### 3. Fører

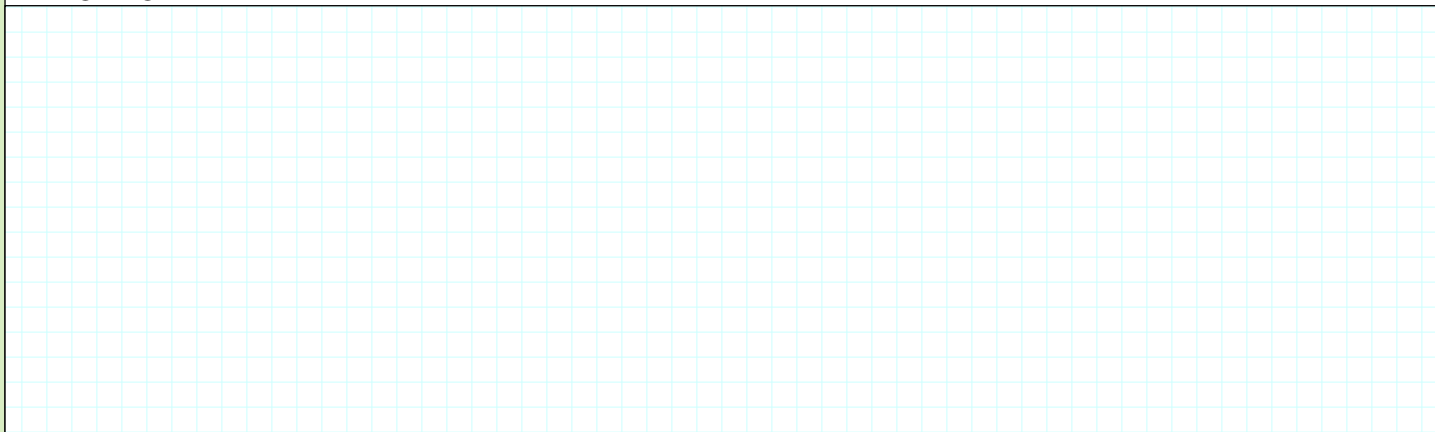
Etternavn	Fornavn	Fødselsnr	
Adresse	Postnr/sted	Alder på fører:	
Telefon privat	Mobil	Førerkortnummer	Klasse <span style="float: right;">Gyldig til</span>

### 4. Skaden

Når inntraff skaden? (dato / klokkeslett) Hvor inntraff skaden? (Angi fylke, kommune, vei, sted)

Hvordan inntraff skaden?

Vennligst tegn en skisse av uhellet



Fortsetter neste side

Hvilke skader har oppstått?	
Skade på annen parts eiendom?	
Hvor kan motorvognen besiktiges?	Hvem skal reparere motorvognen?
Er skaden meldt til politiet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, til hvilket politikammer/lensmannskontor?

### 5. Supplerende opplysninger fra fører

<b>Hastighet</b>	Da situasjonen oppstod	<input type="text"/>	km/t	I kollisjonsøyeblikket	<input type="text"/>	km/t	Fartsgrense på stedet	<input type="text"/>	km/t	
<b>Veidekke</b>	<input type="checkbox"/> Fast dekke	<input type="checkbox"/> Grus	<b>Føre</b>	<input type="checkbox"/> Tørt	<input type="checkbox"/> Vått	<input type="checkbox"/> Snø/is				
<b>Værforhold</b>	<input type="checkbox"/> Opphold	<input type="checkbox"/> Regn	<input type="checkbox"/> Snø	<input type="checkbox"/> Tåke	<b>Temperatur (ca)</b>		<input type="text"/>	Celcius		
<b>Lysforhold</b>	<input type="checkbox"/> Dagslys	<input type="checkbox"/> Skumring	<input type="checkbox"/> Mørkt	<input type="checkbox"/> Gatelys tent						
<b>Lys som var i bruk</b>	<input type="checkbox"/> Fjernlys	<input type="checkbox"/> Nærllys	<input type="checkbox"/> Parklys	<input type="checkbox"/> Ekstralys	<input type="checkbox"/> Brukte ikke lys					
<b>Dekk og tilstand</b>	<input type="checkbox"/> Sommerdekk	<input type="checkbox"/> Vinterdekk	<input type="checkbox"/> Piggfrie vinterdekk	<b>Tilstand</b>	<input type="checkbox"/> Gode	<input type="checkbox"/> Slitt	<input type="checkbox"/> Dårlig			
Rus/legemiddel: Hadde fører inntatt alkohol/rusmidler/trafikkfarlige legemidler? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei				Er utåndingsprøve/blodprøve tatt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei						
Hvis ja, hvilke: <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Legemidler <input type="checkbox"/> Andre rusmidler				Er bilberging rekvirert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, hvilket firma?				

### 6. Personskader

Navn	Adresse	Personnummer	Telefon
<b>Status</b> <input type="checkbox"/> Fører <input type="checkbox"/> Passasjer <input type="checkbox"/> Fotgjenger <input type="checkbox"/> Syklist	<b>Sikring</b> <input type="checkbox"/> Bilbelte <input type="checkbox"/> Kollisjonspute <input type="checkbox"/> Barnesikring <input type="checkbox"/> Hjelm <input type="checkbox"/> Ingen		
Hvordan er situasjonen til vedkommede? <input type="checkbox"/> Omkommet <input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus <input type="checkbox"/> Legebehandlet	Behandlet av lege/sykehus:		
Navn	Adresse	Personnummer	Telefon
<b>Status</b> <input type="checkbox"/> Fører <input type="checkbox"/> Passasjer <input type="checkbox"/> Fotgjenger <input type="checkbox"/> Syklist	<b>Sikring</b> <input type="checkbox"/> Bilbelte <input type="checkbox"/> Kollisjonspute <input type="checkbox"/> Barnesikring <input type="checkbox"/> Hjelm <input type="checkbox"/> Ingen		
Hvordan er situasjonen til vedkommede? <input type="checkbox"/> Omkommet <input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus <input type="checkbox"/> Legebehandlet	Behandlet av lege/sykehus:		
Navn	Adresse	Personnummer	Telefon
<b>Status</b> <input type="checkbox"/> Fører <input type="checkbox"/> Passasjer <input type="checkbox"/> Fotgjenger <input type="checkbox"/> Syklist	<b>Sikring</b> <input type="checkbox"/> Bilbelte <input type="checkbox"/> Kollisjonspute <input type="checkbox"/> Barnesikring <input type="checkbox"/> Hjelm <input type="checkbox"/> Ingen		
Hvordan er situasjonen til vedkommede? <input type="checkbox"/> Omkommet <input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus <input type="checkbox"/> Legebehandlet	Behandlet av lege/sykehus:		
Navn	Adresse	Personnummer	Telefon
<b>Status</b> <input type="checkbox"/> Fører <input type="checkbox"/> Passasjer <input type="checkbox"/> Fotgjenger <input type="checkbox"/> Syklist	<b>Sikring</b> <input type="checkbox"/> Bilbelte <input type="checkbox"/> Kollisjonspute <input type="checkbox"/> Barnesikring <input type="checkbox"/> Hjelm <input type="checkbox"/> Ingen		
Hvordan er situasjonen til vedkommede? <input type="checkbox"/> Omkommet <input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus <input type="checkbox"/> Legebehandlet	Behandlet av lege/sykehus:		

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