

	Skadenummer: (udfyldes af forsikringsselskabet)					
FORSIKRINGS- TAGER	Firma:			Policenummer:		
	Navn:			Forsikringsselskab:		
	Adresse:			Kontonummer:	Internt identifikationsnr.:	
	Postnr. og By:			Evt. e-mail adresse:		
OPLYSNINGER OM SKADEN	Bygning <input type="checkbox"/> Løsøre <input type="checkbox"/> All Risk <input type="checkbox"/> Edb <input type="checkbox"/> Maskinkasko <input type="checkbox"/> Udvidet Tingskade <input type="checkbox"/>					
	Hvilken skade er sket? <input type="checkbox"/> Antenne <input type="checkbox"/> Frostskaade (rør) <input type="checkbox"/> Kortslutning <input type="checkbox"/> Sanitetskaade <input type="checkbox"/> Svampeskaade <input type="checkbox"/> Brand <input type="checkbox"/> Glasskaade <input type="checkbox"/> Lynnedslag <input type="checkbox"/> Skybrud/tøbrud <input type="checkbox"/> Vandskaade <input type="checkbox"/> Driftstab <input type="checkbox"/> Indbrud/tyveri <input type="checkbox"/> Påkørselsskaade <input type="checkbox"/> Stormskaade <input type="checkbox"/> Øvrigt <input type="checkbox"/> Eksplosion <input type="checkbox"/> Insektskaade <input type="checkbox"/> Rørskaade (skjulte rør)					
	På hvilken adresse skete skaden?			Skadedato		Klokken
				/ 200		
	Hvem tilhører det skaderamte/stjålne?					
	Er tingene lejet eller leaset? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Hvis ja - hos hvem (navn)		Har De forsikringspligten? (Ifølge kontrakt) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Anmeldt til politi eller brandvæsen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Politikvittering vedlagt <input type="checkbox"/> Politikvittering indsendes <input type="checkbox"/>		Hvis ja, hvilken politi- og /eller brandstation? Journal-nr.		Hvornår anmeldt? / 200 Hvem indgav anmeldelsen?	
	Hvem kan besigtigelse aftales med?					
<b>Beskadiget/Stjålet</b>	<b>Fabrikat</b>	<b>Type</b>	<b>Ansk. år</b>	<b>Ansk. pris</b>	<b>Nuvær. pris</b>	<b>Rep. udgift</b>
<i>Ved Tyveri - vedlæg originalkvitteringer til dokumentation for købspris.</i>						

SKADENS UDBEDRING	Hvilken håndværker skal udbedre skaden (navn og adresse)		Håndværkerens overslag (ca. kr.)
	Murer:		
	Maler:		
	Blikkenslager:		
	Tømrer:		
	El-installatør:		
	Glarmester:		
	Evt. andre:		
	De anførte priser er <input type="checkbox"/> uden moms <input type="checkbox"/> med moms		
EVT. ANDEN FORSIKRING	Er der tegnet forsikring mod samme risiko i andet forsikringsselskab? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Forsikringsselskabets navn:
	Policenr.		Forsikringssum
BYGNINGS- SKADE	Bebygget areal: (incl. svømmebas., excl. fritlig. garage eller carport) m <sup>2</sup>		Antal udnyttede etager
	Hvad bliver bygningen anvendt til? Beboelse, erhverv eller andet?		
	Er ejendommen beskadiget ved storm? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
	Hvilke skader er sket på bygningen?		
TYVERISKADE	Indenfor hvilket tidsrum antages tyveriet begået?		
	Er der synlige tegn på, at der er begået indbrud? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Hvis ja - hvilke?
	Er bygningsdele blevet beskadiget? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Hvis ja - hvilke?
	Var lokalet/bygningen aflåset? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Beskriv låseforhold <span style="float: right;">Mærke/art</span>
	Er der etableret tyverisikring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Hvis ja - mærke/fabrikat
	Blev tyverisikringen aktiveret? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
	Er noget af det stjålne kommet tilveje? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Hvis ja - hvilket?

VANDSKADE	Hvorfra stammer vandet? <input type="checkbox"/> Sprængt vandrør <input type="checkbox"/> Nedbør <input type="checkbox"/> Andet (anfør)					
	Hvordan er vandet kommet ind i bygningen?					
	Er der sket vandskade på varer i kælderen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
	Hvis ja - hvorledes var varerne anbragt? <input type="checkbox"/> Direkte på gulv <input type="checkbox"/> 10 cm over gulv <input type="checkbox"/> 15 cm over gulv <input type="checkbox"/> På hvad (anfør)					
RØRSKADE	Er røret sprængt eller tæret?					
	Er sprængningen forårsaget ved frost? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			I bekræftende fald, var de lokaler, hvori skaden opstod opvarmet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
	Er røret synligt eller skjult?					
	Installationens alder?					
VED SKADE PÅ GULVTÆPPE	På hvilket underlag (træ, beton o.l.) er tæppet anbragt?					
	Er tæppet fastgjort? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			Hvis ja, hvorledes?		
	Tæppets fabrikat:	Størrelse: cm x m	Alder:	Købspris:	Skadens omfang: cm x m m x m	Er rensning bestilt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Installationens alder?					
UDFYLDES KUN VED GLASSKADE	Sæt kryds ved glassets art: <input type="checkbox"/> Alm. termo <input type="checkbox"/> 3-lags termo <input type="checkbox"/> Termo m/råglas <input type="checkbox"/> Alm. glas <input type="checkbox"/> Keramisk kogeplade <input type="checkbox"/> Andet					
	Glassets mål: Længde .....cm      Brede.....cm      Tykkelse.....cm					
	Antal beskadigede ruder?	Er ruderne ubrugelige som følge af brud? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Var ruden punkteret? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Var glasset monteret i bygning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
UDFYLDES KUN VED SKADE PÅ SANITET	<input type="checkbox"/> Håndvask <input type="checkbox"/> Toilet/Bidet <input type="checkbox"/> Badekar					
	Farvet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
SKADEVOLDER	Er andre skyld i skaden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
	Hvis ja, oplys venligst:					
	Navn:					
	Adresse:					
UNDERSKRIFT	Jeg erklærer herved, at de oplysninger, som jeg har givet i anmeldelsen, svarer til de faktiske forhold.					
	Sted og dato		Forsikringstagers underskrift			