

SKADEMELDING TRANSPORT

Vi ber Dem vennligst fylle ut skademeldingen 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

Forsikringsnr.		Fødselsnr.(11 siffer)/Org.nr.		Bankkontonr.	
Navn			Tlf. privat	Tlf. arbeid	Mobiltlf.
Adresse				Yrke/Stilling	
Postnr.	Poststed	e-post		Oppg.plikt etter Lov om mva.? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Har De 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)?	

OPPLYSNINGER OM TRANSPORTEN

Transportmiddel m/kjennetegn/skipets navn			
Transportens avgangssted	Dato	Mottakersted	Ankomst dato
Transportørens navn/speditør		Adresse	Tlf.nr.
Mottakers navn		Adresse	Tlf.nr.

OPPLYSNINGER OM SKADEN

Skadested		Skadedato
Skadelidtes navn		Adresse
Hva er skadet/tapt (benytt baksiden for spesifikasjon)		
Skadetype (brann, innbrudd, kjøreuhell, brekkasje etc.)		
Har De forsikring i annet selskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvilket selskap?	Har skaden skjedd innenfor garantitiden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Hvilke størrelsesorden mener De skaden har? <input type="checkbox"/> Under 1000 <input type="checkbox"/> 1000 - 5000 <input type="checkbox"/> 5000 - 10000 <input type="checkbox"/> 10000 - 25000 <input type="checkbox"/> Over 25000		
Hvor befinner de skadde varer seg?		
Kan skaden utbedres på mottakerstedet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Kort beskrivelse av skadens årsak, art og omfang		
Har gjenstanden vært skadet tidligere? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Er skaden/tapet: <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Delvis	Er gjenverdier tatt vare på? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Er skaden meldt politiet? <input type="checkbox"/> Ja . hvor: <input type="checkbox"/> Nei		Er skaden reklamert ovenfor transportør? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

