



CoverMe

Skademelding Motorvogn Kaskoskade

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.

Skaden vil bli meldt til Forsikringssselskapenes sentrale skaderegister.

1. Forsikringstaker

		Polise/Kundenr	
Etternavn, Fornavn		Fødselsnr./org.nr	
Adresse		Telefon	Yrke/Stilling
Postnr	Poststed	Kontonr. (11 siffer)	
E-post		Har du meldt skader til oss eller andre forsikringssselskap siste 3 år? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Opgavepliktig etter Lov om mva <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Ant. skader	Hva slags skader?	Hvilke forsikringssselskap?

2. Kjøretøy

Reg. nr	Fabrikat/modell	Årsmodell	Km.stand
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 pantheftelser i bilen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Pantaver - navn og adresse (org.nr om tilgjengelig)		
Benyttes motorvognen i næringsvirksomhet? <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	Poststed	Alder på fører
Telefon privat	Førerkortnr	Klasse	Gyldig til

4. Skaden

Når inntraff skaden (dato / klokkeslett)	Hvor inntraff skaden? (Angi fylke, kommune, vei, sted)
Hvordan inntraff skaden?	
Vennligst tegn en skisse av uhellet:	

Fortsettelse på 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

Hastighet	Da situasjonen oppstod <input type="text"/> km/t	I kollisjonsøyeblikket <input type="text"/> km/t	Fartsgrense på stedet <input type="text"/> km/t
Veidekke	<input type="checkbox"/> Fast dekke <input type="checkbox"/> Grus	Føre	<input type="checkbox"/> Tørt <input type="checkbox"/> Vått <input type="checkbox"/> Snø/is
Værforhold	<input type="checkbox"/> Opphold <input type="checkbox"/> Regn <input type="checkbox"/> Snø <input type="checkbox"/> Tåke	Temperatur (ca)	<input type="text"/> Celcius
Lysforhold	<input type="checkbox"/> Dagslys <input type="checkbox"/> Skumring <input type="checkbox"/> Mørkt <input type="checkbox"/> Gatelys tent		
Lys som var i bruk	<input type="checkbox"/> Fjernlys <input type="checkbox"/> Nærlys <input type="checkbox"/> Parklys <input type="checkbox"/> Ekstralys <input type="checkbox"/> Brukte ikke lys		
Dekk og tilstand	<input type="checkbox"/> Sommerdekk <input type="checkbox"/> Vinterdekk <input type="checkbox"/> Piggfrie vinterdekk	Tilstand	<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
Status	<input type="checkbox"/> Fører <input type="checkbox"/> Passasjer <input type="checkbox"/> Fotgjenger <input type="checkbox"/> Syklist	Sikring	<input type="checkbox"/> Bilbelte <input type="checkbox"/> Kollisjonspute <input type="checkbox"/> Barnesikring <input type="checkbox"/> Hjelm <input type="checkbox"/> Ingen
Hvordan er situasjonen til vedkommende? <input type="checkbox"/> Omkommet <input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus <input type="checkbox"/> Legebehandlet		Behandlet av lege/sykehus	
Navn	Adresse	Personnummer	Telefon
Status	<input type="checkbox"/> Fører <input type="checkbox"/> Passasjer <input type="checkbox"/> Fotgjenger <input type="checkbox"/> Syklist	Sikring	<input type="checkbox"/> Bilbelte <input type="checkbox"/> Kollisjonspute <input type="checkbox"/> Barnesikring <input type="checkbox"/> Hjelm <input type="checkbox"/> Ingen
Hvordan er situasjonen til vedkommende? <input type="checkbox"/> Omkommet <input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus <input type="checkbox"/> Legebehandlet		Behandlet av lege/sykehus	
Navn	Adresse	Personnummer	Telefon
Status	<input type="checkbox"/> Fører <input type="checkbox"/> Passasjer <input type="checkbox"/> Fotgjenger <input type="checkbox"/> Syklist	Sikring	<input type="checkbox"/> Bilbelte <input type="checkbox"/> Kollisjonspute <input type="checkbox"/> Barnesikring <input type="checkbox"/> Hjelm <input type="checkbox"/> Ingen
Hvordan er situasjonen til vedkommende? <input type="checkbox"/> Omkommet <input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus <input type="checkbox"/> Legebehandlet		Behandlet av lege/sykehus	
Navn	Adresse	Personnummer	Telefon
Status	<input type="checkbox"/> Fører <input type="checkbox"/> Passasjer <input type="checkbox"/> Fotgjenger <input type="checkbox"/> Syklist	Sikring	<input type="checkbox"/> Bilbelte <input type="checkbox"/> Kollisjonspute <input type="checkbox"/> Barnesikring <input type="checkbox"/> Hjelm <input type="checkbox"/> Ingen
Hvordan er situasjonen til vedkommende? <input type="checkbox"/> Omkommet <input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus <input type="checkbox"/> Legebehandlet		Behandlet av lege/sykehus	

Jeg aksepterer elektronisk kommunikasjon. Jfr. Fal 20-3.

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

Returner til: skade@coverclub.no