

Forsikringsnr

SKADEMELDING ANSVAR RETTLIG ERSTATNINGSANSVAR



Vi ber deg 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 Forsikringsselskapenes sentrale skaderegister, se forsikringsbeviset.

1. Forsikringstaker

Navn (Etternavn, Fornavn / Firmanavn)		Fødselsnr/org.nr (Utfylles ikke ved elektronisk innsendelse)		
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. Opplysninger om skaden

Når inntraff skaden? (dato og klokkeslett)	Hvor inntraff skaden?	Kommune
Er skaden meldt til politiet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi hvor og anm.nr:	Var skadevolder påvirket av berusende/bedøvende middel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Var det vitner til skadetilfellet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi navn og adresse	

2.1. Ved tingskade

Skadelidtes navn og adresse		Telefon
Hva er skadet, og hva består skaden i?		
Hvis ansvaret gjelder skade på bil, oppgi bilens reg.nr	Forsikringsselskap	
Har skadelidte egen forsikring på de(n) skadde gjenstand(er)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, i hvilket forsikringsselskap	
Hadde du de(n) skadde gjenstand(er) til <input type="checkbox"/> Bruk <input type="checkbox"/> Leie <input type="checkbox"/> Lån <input type="checkbox"/> Transport/flytting <input type="checkbox"/> Reparasjon <input type="checkbox"/> Installasjon <input type="checkbox"/> Oppbevaring		
Har du eller deres firma eierandeler i de(n) skadde gjenstand(er)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Er du beslektet / i familie med skadelidte? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Har skadelidte fremsatt erstatningskrav? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvor stort er kravet?	Hva anslår du skaden til?

2.2. Ved personskade

Skadelidtes navn og adresse		Telefon
Hva er skadet, og hva består skaden i?		
Har skadelidte fått legebehandling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi legens navn	Oppgi sykehusets navn
Har skadelidte ulykkesforsikring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, i hvilket forsikringsselskap	

3. Hendelsesforløp

Forklar hvordan skaden skjedde. Det er viktig at forklaringen er så detaljert og nøyaktig som mulig. Legg gjerne ved en skisse eller bilder

4. Skyldspørsmål

Er du av den oppfatning at du selv eller noen av bedriftens ansatte kan lastes (klandres) for det inntrufne? I tilfelle hvem og hvorfor?

Mener du at skadelidte selv kan klandres? I tilfellet hvorfor?

Kunne noe vært gjort for å unngå skaden? I tilfelle hva?

Andre opplysninger som du mener har betydning for saken

Undertegnede samtykker i at selskapet får de opplysninger det trenger om min helsetilstand fra leger og offentlige myndigheter trygdemyndigheter.

Sted og dato	Underskrift
--------------	-------------

Retur til Eika Forsikring AS, Postboks 332, 2303 Hamar