

Skademeldingsblanketten må fylles ut fullstendig og så nøyaktig som mulig. Den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjør, kan tape enhver rett etter forsikringsavtalen, jfr. forsikringsavtaleloven § 8-1.

1. Forsikringstaker				
Forsikringsnr.	Fødselsnr. (11 siffer)		Kontonr. (11 siffer)	
Etternavn, fornavn			Kontaktperson	
Adresse			Tlf. kontaktperson	Tlf. arbeid
Postnr.	Poststed			
Er De oppgavepliktig etter lov om merverdiavgift? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Har De tidligere vært utsatt for brann? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, antall branner	Forsikringsselskap	
2. Fører, førerkort				
Etternavn, fornavn			Fødselsnr. (11 siffer)	
Adresse			Tlf. privat	Tlf. arbeid
Postnr.	Poststed		Yrke/stilling	
Førerkortnr.	Klasse	Utstedt av	Gyldig til	
3. Kjøretøy				
Kjennemerke	Fabrikat	Årsmodell	Kilometerstand	
4. Brann				
Skadested			Når inntraff skaden? Dato Kl.	
Hvordan oppstod brannen?		Beskrivelse av skaden		
Hvor kan kjøretøyet besiktiges?		Brannen er meldt til politiet i:	Anmeldelsesnr.	
Hadde De brannslukningsapparat i kjøretøyet?		Ble dette benyttet?		
5. Opplysninger om kjøretøyet ved total brannskade				
Kjøretøyet kjøpt mnd./år	Selger	Kjøpesum	Registrert 1. gang mnd./år	Foreligger innkalling til kontroll fra Biltilsynet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Større overhaling som nylig er foretatt		Beskrivelse		Heftelser, avbetalingskontrakt e.l. på kjøretøyet <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Siste underst.beh. mnd./år				
Ekstrautstyr (Radio, CDspiller, tilhengerfeste, kupévarmer eller annet)		Oppgi tilstand (G, M, D = god, middels, dårlig). Dekk foran Dekk bak Lakk Seter, innv. trekk <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D		
Har De annen forsikring på de skadde gjenstander? Hvis ja, hvilket selskap?			Forsikringsnr.	Er skaden meldt dette selskap? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
6. Dato, underskrift				
Dato	Forsikringstakerens underskrift		Førerens underskrift	