

Anmeldelse Erhvervs- og produktansvar Tingskade

Undgå hæfteklammer – brug clips! Vi scanner bilagene

Forsikringstager

Virksomhed	
Adresse	
Postnr.	By

Skadnr.

(udfyldes af Privatsikring)

Policenr.

Tlf. privat

Kontaktperson

CPR-nr. / CVR-nr.

Underskrift

Jeg erklærer herved, at nedenstående er i overensstemmelse med de faktiske forhold.

Dato	Underskrift
------	-------------

E-mail	Ønsker du/i, at kommunikere via e-mail, skal du anføre din e-mail adresse her:	
Oplysninger om skaden	Hvornår skete skaden? (dato)	
	Hvor skete skaden? (adresse)	
	Hvilket arbejde skulle du/i udføre?	
	Hvordan skete skaden, og hvem eller hvad forvoldte den?	
	Blev du eller dine ansatte instrueret af andre under arbejdets udførelse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, af hvem?	
	Mener du/i selv, at du/i er ansvarlig for skaden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvorfor, hvorfor ikke?	
	Oplysninger om skadelidte	Navn
	Adresse	
	Postnr.	By
	Tlf.	Træffetid
	E-mail	
	Er den skadelidte ansat, i familie med dig, eller på anden måde relateret til firmaet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Vidner	Var der nogen, der overværede skaden?	
	Navn	Navn
	Adresse	Adresse
	Postnr. og by	Postnr. og by
Oplysning om den/de beskadigede genstande	Hvem ejer den/de beskadigede genstande?	
	Er skaden anmeldt til skadelidtes eget forsikringselskab (tings-, entreprise-, kasko-, bygningsforsikring)?	
	Hvis ja, hvilket selskab?	Hvis nej, hvorfor ikke?
	Var det beskadigede overladt, lejet eller udlånt til jeres virksomhed? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, i hvilken periode?	
	Er der fremsat erstatningskrav mod dig eller din virksomhed? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, med hvilket beløb?	
	Er du/i enig i kravets størrelse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis nej, hvorfor ikke?	
	Hvornår er den/de beskadigede genstande købt? (måned/år) Vedlæg venligst de relevante kvitteringer.	
Udbetaling	Hvem skal en evt. udbetaling ske til? (navn, adresse)	
	Reg.nr:	Kontonr:
	Er kravet betalt af jer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Er du/i momsregistret? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Underskrift	Jeg erklærer herved, at de oplysninger jeg har givet i anmeldelsen, svarer til de faktiske forhold, og at jeg er opmærksom på, at skaden kun må udbedres efter aftale med Privatsikring.	
	Sted og dato	Forsikringstagers underskrift
	Ønsker du/i orientering om skadens afslutning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	