

Forsikringstagers

Stilling	
Navn (Fornavne - efternavn)	
Adresse	
Postnr.	By

Policenr.	
CPR-nr.	
Telefon	arb.: priv.:

Anmeldelse af færdsselsuheld

Skadedato	Dato	Klokkeslæt (0-24)	
Skadested	Adressen		
Skadevolder	Navn og stilling (Udfyldes kun hvis skadevolderen er en anden end forsikringstageren)		
	Adresse	CPR-nr.	
	Postnummer	By	Telefon
	Forsikringsselskab		
	Policenr.		
	Registreringsnr.		
Skadelidte	Navn og stilling	CPR-nr.	
	Adresse	Moms-registreret <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Postnr.	By	
Politi	Er der optaget politirapport? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
	Hvis ja, hvornår og på hvilken politistation?		
Vidner	Navn og adresse		
	Navn og adresse		
Beskrivelse af uheldet Omstændighederne ved uheldet bedes beskrevet udførligt, så det fremgår, hvordan og hvorfor det skete.			

