

Forsikrings-selskab			Police nr.	<input type="checkbox"/> Kasko	<input type="checkbox"/> Ansvar
Forsikrings-tager	Navn		Stilling	Momsregistreret:	
	Adresse		Postnr./by	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Kørekort	Nr.	Førelen er:		Ansæt hos forsikringstager	
		<input type="checkbox"/> Låner	<input type="checkbox"/> Reparator	<input type="checkbox"/> Andet:	
Fører (hvis anden end forsikringstager)	Navn		Stilling		
	Adresse		Postnr./by	Telefon	
Motor-køretøjet	Mærke/Model		Reg. 1. gang	Reg. nr.	
Skade-tilfældet	Dato	Klokken (0-24)	Hvor skete uheldet?		
Politi-rapport	Blev politirapport optaget:		Stationens navn:	Blev føreren spiritusprøvet?	
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Beskrivelse af uheldet	Hvor hurtigt blev der kørt?		Hvordan var føret?		Hvordan var vejret?
	Forsikrings køretøj	Modpartens køretøj			
	Korte et af køretøjerne ud fra en vej forsynet med »hajtænder«?		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> ja, forsikrings-tagerens	<input type="checkbox"/> ja, modpartens
(herunder afgivelse af tegn ved ændring af kørselsretning, om lygteføring og om opbremsning.)					
<input type="checkbox"/> Deres køretøj					
<input type="checkbox"/> Modpartens køretøj					
<input checked="" type="checkbox"/> Udenforstående vidner					
Skade på det kasko-forsikrede køretøj	Udførlig beskrivelse af skadens art og omfang		Er De abonnent hos et redningskorps?	Anslået reparationsomkostning	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvilket?	Kr.	
	Hvor står motorkøretøjet til undersøgelse?				
Vidner	Stilling/Navn/Adresse/Telefonnr.				
Modpart/ Skadelidte	Stilling/Navn/Adresse/Telefonnr.				
	<input type="checkbox"/> kendes <input type="checkbox"/> kendes ikke	Reg.nr.	Forsikrings-selskab	Police nr.	
Skade på modpartens køretøj					
Skade på ting	Hvilke ting er beskadigede, og hvori består beskadigelsen?				
	Blev de beskadigede ting befordret med det forsikrede motorkøretøj?		Hvis ja - skete befordringen da mod betaling?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Hvem tilhører de skadede ting?					
Skade på person	Hvori består skaden?		Navn/Adresse		

Jeg erklærer hermed, at foranstående oplysninger er i overensstemmelse med de faktiske forhold.

den

Forsikringstagers underskrift