

Skademelding for motorkjøretøy

Brann

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.

Vennligst bruk blokkbokstaver!

1. FORSIKRINGSTAKER

Forsikringsnr.		Fødselsnr. (11 siffer)		Kontonr. (11 siffer)	
Etternavn, fornavn				Kontaktperson	
Gate, vei		Tlf. kontaktperson		Tlf. arbeid	
Postnr.	Poststed				
Er du/firmaet oppgavepliktig etter lov om merverdiavgift? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Har du 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)		
Gate, vei		Tlf. privat		
Tlf. arbeid				
Postnr.	Poststed		Yrke/stilling	
Fører kortnr.	Klasse	Utstedt av		Gyldig til

3. KJØRETØY

Kjennemerke	Fabrikat	Årsmode	Kilometerstand
-------------	----------	---------	----------------

4. BRANN

Skadested	Når inntraff skaden (Dato/klokkeslett)		
Hvordan oppstod brannen?	Beskrivelse av skaden		
Hvor kan kjøretøyet besiktiges?	Brannen er meldt til politiet i:		Anmeldelsesnr.
Hadde du 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"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Større overhaling som nylig er foretatt		Beskrivelse		Heftelser, avbetalingskontrakt e.l. på kjøretøyet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Siste underst. beh. mnd./år		Ekstraustyr (Radio, båndspiller, tilhengerfeste, kupévarmer eller annet)		
Oppgi tilstand (G, M, D, = god, middels, dårlig)	Dekk bak G M D	Dekk foran G M D	Lakk G M D	Seter og innv. trekk G M D
Har du annen forsikring på de skadde gjenstander? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvilket selskap?		Forsikringsnr.	Er skaden meldt dette selskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

4. DATO, UNDERSKRIFT

Dato	Forsikringstakers underskrift	Førerens underskrift
------	-------------------------------	----------------------

KLP Skadeforsikring AS,
Hovedkontor: Dronning Eufemias gate 10, Oslo – Tlf: 22 03 35 00, Faks: 22 03 39 41,
Postadresse: Postboks 400 Sentrum, 0103 Oslo,
www.klp.no