

Vi ber Dem vennligst fylle ut skademeldingen så fullstendig og nøyaktig som mulig. Vi gjør oppmerksom på at den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjør, kan tape enhver rett etter forsikringsavtalen.

FORSIKRINGSTAKER

Dekningsnr		Fødselsnr.(11 siffer)/Org.nr.		Bank/post Kontonr.	
Navn			Tlf. privat	Tlf. arbeid	Mobiltlf
Adresse				Yrke/Stilling	
Postnr	Poststed	e-post		Oppg.plikt etter Lov om mva.? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Har De tidligere hatt glasskader? ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		Hvis ja, hvor mange?		Hvilke(t) forsikringselskap erstattet skaden(e)?	

KJØRETØY

Kjennemerke (reg.nr.)	Fabrikat/type	Årsmodell	Km.stand
Biltype <input type="checkbox"/> Personbil <input type="checkbox"/> Varebil <input type="checkbox"/> Kombinertbil <input type="checkbox"/> Lastebil <input type="checkbox"/> Buss <input type="checkbox"/> Campingbil <input type="checkbox"/> Annen			

FØRER

Navn			Fødselsnr.(11 siffer)		
Adresse		Tlf. privat	Tlf. arbeid	Mobiltlf.	
Postnr.	Poststed	Førerkortnr.	Klasse	Gyldig til	

SKADEN

Når intr traff skaden? Dato Klokkeslett	Hvor intr traff skaden? (angi fylke, kommune, vei, sted)
Hvordan oppstod skaden?	
Er det ved kontroll gitt påbud om utskifting av ruten(e)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi når

VERKSTEDETS OPPLYSNINGER

Er den skadde ruten <input type="checkbox"/> Frontrute <input type="checkbox"/> Siderute <input type="checkbox"/> Bakrute <input type="checkbox"/> Annen (oppgi hvilken)		
Hvordan er ruten skadd? <input type="checkbox"/> I småbiter <input type="checkbox"/> Rosett <input type="checkbox"/> Lengre sprekker		I hvilken grad er glasset ripet/slitt? <input type="checkbox"/> Lite <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Mye
Den gamle ruten er av <input type="checkbox"/> Herdet glass <input type="checkbox"/> Laminert glass <input type="checkbox"/> Farget laminert <input type="checkbox"/> Oppvarmet <input type="checkbox"/> Innebygget antenne <input type="checkbox"/> Annet (oppgi hva)		
Merkostnader for dyrere glasskvalitet (betales av kunden) Kr.	Egenandel betalt av kunden Kr.	Erstatningsoppgjør sendes <input type="checkbox"/> Verksted <input type="checkbox"/> Forsikringstaker

Undertegnede bekrefter at de gitte opplysninger er korrekte og at det ikke foreligger opplysninger om andre forhold som kan ha innvirkning på erstatningsplikten.

Dato, forsikringstakers/førers underskrift	Dato, verkstedets underskrift (før også opp adresse og telefonnummer hvis disse ikke fremgår av vedlegg)
--	--

Retur til: Crawford & Company, Pb 133, 1300 SANDVIKA