

BEGÆRING OM BILFORSIKRING

JEG ØNSKER:			
Tilbud <input type="checkbox"/>		Tegne forsikring <input type="checkbox"/>	
FORSIKRINGSTAGER ÆGTEFÆLLE/ SAMLEVER	Fornavn	Efternavn	
	CPR-nr.		
	Fornavn	Efternavn	
	CPR-nr.		
	Adresse	Postnr.	By
KONTAKT DETALJER	Telefon nr.	E-mail adresse	
IKRAFTTRÆDELSE / KONTOOPLYSNINGER	Ikrafttrædelsesdato		Bank oplysninger (til PBS eller tilbagebetaling)
	Den / 20	Reg.nr	Konto
BETALINGSADRESSE	(Udfyldes kun hvis adresse er anderledes end ovenstående)		
	Adresse	Postnr.	By
FORSIKRINGS- PERIODE	Hovedforfald	Opkrævning	
	01 /	Helårlig <input type="checkbox"/>	Halvårlig <input type="checkbox"/> (+5%) Kvartårlig <input type="checkbox"/> (+8%)
KØRSEL	Hvor mange år har du ført egen vogn? _____ år Heraf uden skader: _____ år. Hvor mange antal km. kører du om året _____ km.		
KØREKORT	Har du nogensinde fået dit kørekort konfiskeret? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvad var årsagen?	Spirituskørsel <input type="checkbox"/> Klip i kørekortet <input type="checkbox"/>
BILENS DATA	Fabrikat/model:	Årgang:	HK: Bilens nyværdi:
	Reg.nr.:	Stel nr.:	
PARKERING HJEMME	Garage <input type="checkbox"/>	Indkørsel <input type="checkbox"/>	Gade/vej <input type="checkbox"/> Andet <input type="checkbox"/>
SKADER	Har der været skade(r) de sidste 5 år? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
	Hvis 'Ja', hvilke typeskader:		
	Dato: _____	Skadeårsag: _____	Udgift: _____
	Dato: _____	Skadeårsag: _____	Udgift: _____
	Dato: _____	Skadeårsag: _____	Udgift: _____
Har noget forsikringselskab opsagt forsikring for din bil eller krævet strengere vilkår? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>			
Hvis 'Ja' – oplys årsag: _____			
FORSIKRINGS- DÆKNING	Ansvarsforsikring alene <input type="checkbox"/> Ansvars- og kaskoforsikring <input type="checkbox"/>		
SELVRISIKO	Selvrisiko 5.000 kr. (standard) <input type="checkbox"/> Selvrisiko 10.000 kr. <input type="checkbox"/>		
UDVIDELSER	Forhøjet forsikringssum til ekstra udstyr (standard DKK 15.000) <input type="checkbox"/>		Sum kr.:
	Glasudskiftning til nedsat selvrisiko (DKK 750 i 2013) <input type="checkbox"/>		(max. 25.000 kr.)
OPSIGELSE	First Marine bemyndiges hermed til at opsigte min forsikring i:		
	Selskab: _____	Policenr.: _____	
	Selskab: _____	Policenr.: _____	
	Udløbsdato: _____ / 20	Jeg ønsker at gøre brug af kort opsigelse Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	

SAMTYKKE/UNDERSKRIFT

Undertegnede erklærer, at jeg ikke har kendskab til skader eller tvister, der kan medføre krav mod denne forsikring, samt at alle spørgsmål er besvaret i overensstemmelse med sandheden. Jeg giver samtykke til at First Marine må indhente oplysninger om mine nuværende eller tidligere forsikringer i andre forsikringselskaber, herunder oplysninger om skadeforløb (og anciennitet). First Marine kan bruge oplysningerne til vurdering af, om, og i givet fald på hvilke vilkår, forsikringen kan overtages/tegnes. Forsikringen starter på det aftalte tidspunkt, dog tidligst fra datoen af modtagelse af begæring

Dato	Forsikringstager	Ægtefælle/samlever