

FIRST
 Nytorv 3
 1450 København K

Skadeanmeldelse – Indboforsikring

Vælg skadetype:

- Brand Kortslutning Tyveri Vandskade
 Ansvar Andet

Kundeoplysninger	Fornavn	Efternavn		Police nr.
	Mobil nr.	e-mail adresse		
	Forsikringssted	Postnr.	By	
	Bank informationer Reg.nr./konto nr.:			

Beskrivelse af skaden	Hvornår skete skade? Dato: _____ Tidspunkt: _____
	Hvem kan evt. besigtigelse af skaden aftales med? Kontaktpersons telefon nr. _____
	Beskriv omstændighederne ved skaden så udførligt som muligt, så hændelsesforløbet klart fremgår

Politi rapport	Er der optaget politi rapport? _____ Hvis ja, hvilken station og evt. journal nr.? _____
	Hvem anmeldte skade til politiet? _____

Udfyldes kun ved tyveri-Skade	Inden for hvilket tidsrum antages det, at tyveriet er sket? Mellem (dato/klokkeslæt): _____ og _____	
	Hvordan mener du at tyven(e) er kommet ind i bygningen?	
	Er døre, porte, vinduer eller andre bygningsdele beskadiget? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvilken skade er sket? _____	
	Er der installeret tyverialarm? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja: <input type="checkbox"/> Lokal alarm <input type="checkbox"/> m/overførsel til alarmcentral	
	Blev alarmen aktiveret? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Hvis nej, hvorfor ikke? _____	

Ejerforhold	Hvem tilhører tingene? Navn: _____ Adresse: _____
--------------------	---

	Hører ejeren til husstanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Ejer barn af husstanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, barnets alder: _____ år

Eventuel skadevolder	Navn	Telefon nr.
	Adresse	Postnr. / by

Eventuel anden forsikring	Er forsikring tegnet mod samme skade i andet selskab? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Hvis ja, hvilket selskab og policenr.

Udfyldes kun ved glas og Sanitets-skade	Vælg glassets art: <input type="checkbox"/> Alm. Termo <input type="checkbox"/> 3-lags termo <input type="checkbox"/> Termo med råglas <input type="checkbox"/> Alm. glas <input type="checkbox"/> Keramisk kogeplade <input type="checkbox"/> Andet: _____
	Var sanitet farvet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, hvilken farve _____ Mærke/type fabrikat: _____

Bemærkninger i øvrigt	
------------------------------	--

Underskrift	Jeg erklærer, at mine besvarelser og oplysninger er i fuld overensstemmelse med sandheden. Jeg er klar over, at urigtige oplysninger eller fortielser kan medføre, at erstatningen nedsættes eller helt bortfalder. Jeg samtykker i, at FIRST kan søge oplysninger hos de forsikringsselskaber samt offentlige myndigheder som kan bidrage til en korrekt bedømmelse af min tilstand, samt at FIRST kan gøre disse bekendt med det, der er oplyst til FIRST.
	Den ____ / ____ 20____ <hr/> Forsikringstagerens underskrift