

FIRST  
 Nytorv 3  
 1450 København K

## Skadeanmeldelse – Indboforsikring

### Vælg skadetype:

- Brand
  Kortslutning
  Tyveri
  Vandskade  
 Ansvar
  Andet

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

<b>Beskrivelse af skaden</b>	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
	_____ _____ _____

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

<b>Udfyldes kun ved tyveri-Skade</b>	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? _____

<b>Ejerforhold</b>	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

<b>Eventuel skadevolder</b>	Navn	Telefon nr.
	Adresse	Postnr. / by

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

<b>Udfyldes kun ved glas og Sanitets-skade</b>	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: _____

<b>Bemærkninger i øvrigt</b>	
------------------------------	--

<b>Underskrift</b>	<p>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.</p> <p>Den ____ / ____ 20____</p> <p>_____</p>
	Forsikringstagerens underskrift