

**Skadeanmeldelse  
EI-skade**

Reserve (udfyldes af selskabet):

Policenr.:

<b>Forsikringstager</b>	Navn		Telefon nr.			
	Adresse		Cpr.-nr.			
	Postnr./by					
	Bank info – reg. nr. og konto nr.					
<b>Skadested og skadedato</b>	Hvornår skete skaden: ____ / ____ 20 __, kl. _____					
	Hvor skete skaden? _____ <input type="checkbox"/> Hus <input type="checkbox"/> Sommerhus					
<b>Beskrivelse af skaden</b>	Beskrivelse af skaden, herunder hvordan skaden er opstået?					
<b>Oplysninger om skaden</b>	Hvem kan besigtigelse aftales med?					
	Navn _____ Telefon nr. _____					
<b>Oplysninger om hårde hvidevarer</b>	Er de beskadigede hårde hvidevarer i en ejendom som du ejer? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja					
	Hvem ejer de beskadigede genstande? Navn _____ Adresse _____ Telefon nr. _____					
<b>Øvrige oplysninger vedrørende skaden</b>	Hvilken skade er sket ifølge reparatøren?					
	<input type="checkbox"/> Kortslutning <input type="checkbox"/> Lynnedslag <input type="checkbox"/> Afledning <input type="checkbox"/> Overspænding <input type="checkbox"/> Andet, _____					
	Navn og adresse på reparatøren:					
	Ved kortslutning eller afledning – Hvad er årsag til skaden?					
<b>Oplysninger om beskadigede genstande</b>	Er der sket yderligere skade i forbindelse med kortslutning?					
	Genstandens art	Fabrikat/type på det beskadigede	Købsdato	Anskaffelsespris	Genanskaffelsespris for tilsvarende ny genstand	Overslag på reparation af genstanden
<b>Eventuel anden forsikring</b>	Er forsikring tegnet mod samme skade i et andet selskab? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, hvis ja hvilket forsikringsselskab _____ Policenr. _____					
<b>Underskrift</b>	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 ETU FORSIKRING kan søge oplysninger hos de forsikringsselskaber samt offentlige myndigheder som kan bidrage til en korrekt bedømmelse af min tilstand, samt at ETU FORSIKRING kan gøre disse bekendt med det, der er oplyst til ETU FORSIKRING.  Den ____ / ____ 20 ____  _____ Forsikringstagerens underskrift					