

**Skadeanmeldelse
Hundeansvar**

Reserve (udfyldes af selskabet):

Policenr.:

Forsikringstager	Navn		Telefon nr.	
	Adresse		Cpr.-nr.	
	Postnr./by			
	Bank info – reg. nr. og konto nr.			
Skadested og skadedato	Hvornår skete skaden: ____ / ____ 20 __, kl. ____			
	Hvor skete skaden?			
Beskrivelse af skaden	Beskrivelse af skaden, herunder hvordan skaden er opstået?			
Skadevolder	Hvem har forvoldt skaden?			
	Hvorfor var hunden på stedet?			
	Er hunden dækket af anden ansvarsforsikring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, hvilket selskab? Selskab _____ Policenr. _____			
Skadelidte	Navn		Stilling	
	Adresse		Postnr. By	
	Telefonnr.		Forsikrings-selskab, samt policenr.	
	Hører skadelidte til din husstand? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Er skadelidte i familie med dig eller andre fra din husstand? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
	Er eller var den skadelidte beskæftiget /ansat hos dig <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
	Er den skadelidte medejer af din virksomhed? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Ansvar for uheldet	Hvem mener du bærer ansvaret for uheldet?			
	Hvorfor?			
Vidner til uheldet?	Navn		Navn	
	Adresse		Adresse	
	Postnr. By		Postnr. By	
	Telefon nr. privat	Telefon nr. arbejde	Telefon nr. privat	Telefon nr. arbejde
Udfyldes kun ved personskade	Hvilken personskade er der sket?		Skadelidtes cpr.nr.:	
	Er skadelidte under lægebehandling <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Hos hvilken læge? Navn og Adresse	
	Er skadelidte ulykkesforsikret?		Forsikrings-selskab og policenr.	

	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Er skaden anmeldt til den lovpligtige arbejdsforsikring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Forsikringselskab og policenr.
Udfyldes kun ved tingskade	Var det beskadigede forsikret? (f.eks. bilkaskoforsikret, bygningskaskoforsikret, indboforsikret) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
	Hvilket forsikringselskab, samt policenr.?	Reg.nr. på bil	Er skaden anmeldt dertil? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
	Var det beskadigede overladt til nogen af de forsikrede <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fra hvilken dato		
	Er der fremsat erstatningskrav mod dig? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
	Kravets størrelse (kr.)?		Er kravet rimeligt?
	Hvilke ting er beskadigede og hvilke skader er der sket?	Købsdato?	Købspris?
Politianmeldelse	Er der optaget politirapport? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
	Til hvilken station er skaden anmeldt?		
	Hvornår? ____ / ____ - 20		
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 ETU FORSIKRING kan søge oplysninger hos de forsikringselskaber 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		