



Skade nr. \_\_\_\_\_

Police nr. \_\_\_\_\_

## Anmeldelse af tyveri

### Forsikringstager

|                                 |                      |
|---------------------------------|----------------------|
| Deres stilling og navn _____    | Forsikringssum _____ |
| Adresse (husk postnummer) _____ | Police nr. _____     |

### Skaden

Forsikringssted (husnummer, gade, by) \_\_\_\_\_

Er skaden sket på forsikringsstedet?  Nej  Ja

I modsat fald: Hvor? \_\_\_\_\_

Hvornår skete tyveriet? Den / 20      Hvornår opdagedes det? Den / 20 kl.

Hvorledes menes det, at tyveriet er foregået? \_\_\_\_\_

Findes der spor af vold noget sted? \_\_\_\_\_

(Bedes besvaret udførligt) \_\_\_\_\_

Var alle vinduer helt lukkede?  Nej  Ja

Var dørene aflåsedet?  Nej  Ja

Med hvilke låse? \_\_\_\_\_

Blev tyverialarm aktiveret?  Nej  Ja

Hvornår blev tyveriet anmeldt til politiet? \_\_\_\_\_

Til hvilken politistation? \_\_\_\_\_

Af hvem (fulde navn). \_\_\_\_\_

Tilhører de stjålne/beskadigede genstande forsikrede?  Nej  Ja

I modsat fald: Hvem? \_\_\_\_\_

Er forsikring mod samme skade tegnet hos noget andet selskab?  Nej  Ja

I bekræftende fald, hvilket selskab og for hvilken sum? \_\_\_\_\_

Er der af husejeren tegnet hus- og grundejer- \_\_\_\_\_

forsikring, og da i hvilket selskab? \_\_\_\_\_ (skal kun besvares i tilfælde af bygningsbeskadigelse)

Er der tegnet glasforsikring?  Nej  Ja

På hvilket telefonnr. kan der træffes aftale om besigtigelse, eller hvornår er der sædvanligvis nogen til stede? \_\_\_\_\_

CPR/CVR nr.: \_\_\_\_\_ Er de momsregistreret?  Nej  Ja

\_\_\_\_\_  
Dato Forsikredes underskrift

## Opgørelse

| Fortegnelse over de stjalne eller<br>beskadede genstande                                 | Anskaffet<br>år | Anskaffelses-<br>prisen<br><br>kr. | Evt. fradrag<br>for værdis-<br>forringelse<br><br>kr. | Angivet værdi         |                         | Skade<br><br>kr. |
|--|-----------------|------------------------------------|---|-----------------------|-------------------------|------------------|
|  |                 |                                    |   | før skaden<br><br>kr. | efter skaden<br><br>kr. |                  |
|  |                 |                                    |   |                       |                         |                  |
|  |                 |                                    |   |                       |                         |                  |
|  |                 |                                    |   |                       |                         |                  |
|  |                 |                                    |   |                       |                         |                  |
|  |                 |                                    |   |                       |                         |                  |
|  |                 |                                    |   |                       |                         |                  |
|  |                 |                                    |   |                       |                         |                  |
|  |                 |                                    |   |                       |                         |                  |
|  |                 |                                    |   |                       |                         |                  |
|  |                 |                                    |   |                       |                         |                  |
|  |                 |                                    |   |                       |                         |                  |
|  |                 |                                    |   |                       |                         |                  |
|  |                 |                                    |   |                       |                         |                  |
|  |                 |                                    |   |                       |                         |                  |
|  |                 |                                    |   |                       |                         |                  |
|  |                 |                                    |   |                       |                         |                  |
|  |                 |                                    |   |                       |                         |                  |
|  |                 |                                    |   |                       |                         |                  |
| De anførte priser er uden moms <input type="radio"/> med moms <input type="radio"/> ialt |                 |                                    |   |                       |                         |                  |

Jeg erklærer herved, at anførte oplysninger og værdiansættelse er givet samvittighedsfuldt og efter bedste overbevisning.  
Samtidig erklærer jeg, at jeg er tilfreds med ovenstående opgørelse, og er bekendt med, at der ikke herved er taget stilling til, hvorvidt de policemæssige betingelser for ydelse af erstatning er til stede.

\_\_\_\_\_ Dato

\_\_\_\_\_ (Forsikredes underskrift)

### Udfyldes af agenturet:

|  |                |
|--|----------------|
| Hvornår anmeldtes skaden til Dem?  | Den    /    20 |
| Er den sidste forfaldne præmie betalt?   |                |
| Har De besigtiget skaden?<br><br>Bemærkninger til erstatningskravet og andre oplysninger af interesse. |                |

\_\_\_\_\_ Dato

\_\_\_\_\_ (Assurandørens underskrift)