

Forsikringstager:

GF Forsikring a/s
 Jernbanevej 65
 5210 Odense NV
 Telefon: 70 13 80 80
 Telefax: 66 18 46 48
 CVR-nr. 26 23 14 18

Stilling: _____

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr./By: _____

Anmeldelse Campingvogn – teltvogn – trailer

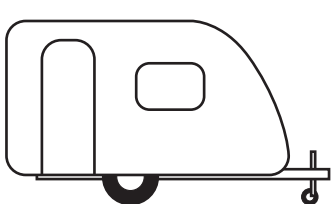
skade med kendt modpart

Telefon privat/arbejde: _____

Eventuel e-mail: _____

Bank-/girokonto: Reg.nr.: _____ Kontonr.: _____

CPR-nr.: _____ **Policennummer:** _____

Forsikrede campingvogn – teltvogn – trailer	Registreringsnummer	Fabrikat/type	Årgang	Farve	
	Indgår køretøjet i momsreg. virksomhed? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
Fører	<input type="checkbox"/> Forsikringstager <input type="checkbox"/> Ægtefælle/samlever <input type="checkbox"/> Hjemmeboende barn <input type="checkbox"/> Låner/leaser <input type="checkbox"/> Reparatør <input type="checkbox"/> Andre _____				
	Har fører gyldigt kørekort til bil? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Kørekortnr.	Udstedt den? (dato)	
	Førerens navn (hvis forsikringstager ikke er fører)		Adresse		
	Postnr.	By	Telefon	Cpr.nr.	
Skadedato og skadested	Hvornår skete skaden? (Dato og tidspunkt)		Hvor skete skaden? (Gadenavn og by)		
Politianmeldelse	Politianmeldt <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Stationens navn: _____		Alkotest (ballon) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Spiritusprøve (blod) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Skade på campingvogn – teltvogn – trailer	Hvis køretøjet ikke allerede er indsat til reparation, beder vi dig indsætte køretøjet på værksted og anmode om at kontakte vores taksator. Vi gør opmærksom på, at reparation ikke må påbegyndes, før taksatoren har besigtiget skaden.				
	Skader på eget køretøj?		Skaden bedes markeret med ○		
					
Skal skaden repareres? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
Modpart	<input type="checkbox"/> Bil <input type="checkbox"/> Motorcykel <input type="checkbox"/> Knallert <input type="checkbox"/> Cykel <input type="checkbox"/> Fodgænger <input type="checkbox"/> Andet _____				
	Modpartens navn		Adresse		
	Postnr.	By	Telefon		
	Forsikringsselskab	Policennummer	Registreringsnummer	Mærke, type, farve på bilen	

