



OSLO FORSIKRING

Oslo Forsikring AS  
Pb 6623 St. Olavs  
plass 0129 Oslo  
Tlf: 815 35 007**BRANNSKADE  
MOTORKJØRETØY****Skademelding**

Skademeldingsblanketten må fylles ut fullstendig og så nøyaktig som mulig. Den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjør, kan tape enhver rett etter forsikringsavtalen, jfr. forsikringsavtaleloven § 8-1.

<b>1. Forsikringstaker</b>				
Forsikringsnr.	Fødselsnr. (11 siffer)		Kontonr. (11 siffer)	
Etternavn, fornavn			Kontaktperson	
Adresse			Tlf. kontaktperson	Tlf. arbeid
Postnr.	Poststed			
Er De oppgavepliktig etter lov om merverdiavgift? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Har De tidligere vært utsatt for brann? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, antall branner	Forsikringselskap	
<b>2. Fører, førerkort</b>				
Etternavn, fornavn			Fødselsnr. (11 siffer)	
Adresse			Tlf. privat	Tlf. arbeid
Postnr.	Poststed		Yrke/stilling	
Førerkortnr.	Klasse	Utstedt av	Gyldig til	
<b>3. Kjøretøy</b>				
Kjennemerke	Fabrikat	Årsmodell	Kilometerstand	
<b>4. Brann</b>				
Skadested			Når inntraff skaden? Dato      Kl.	
Hvordan oppstod brannen?		Beskrivelse av skaden		
Hvor kan kjøretøyet besiktiges?		Brannen er meldt til politiet i:	Anmeldelsesnr.	
Hadde De brannslukningsapparat i kjøretøyet?		Ble dette benyttet?		
<b>5. Opplysninger om kjøretøyet ved total brannskade</b>				
Kjøretøyet kjøpt mnd./år	Selger	Kjøpesum	Registrert 1. gang mnd./år	Foreligger innkalling til kontroll fra Biltilsynet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Større overhaling som nylig er foretatt		Beskrivelse		Heftelser, avbetalingskontrakt e.l. på kjøretøyet  <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Siste underst.beh. mnd./år				
Ekstrautstyr (Radio, CDspiller, tilhengerfeste, kupévarmer eller annet)		Oppgi tilstand (G, M, D = god, middels, dårlig). Dekk foran      Dekk bak      Lakk      Seter, innv. trekk <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D		
Har De annen forsikring på de skadde gjenstander? Hvis ja, hvilket selskap?			Forsikringsnr.	Er skaden meldt dette selskap? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
<b>6. Dato, underskrift</b>				
Dato	Forsikringstakerens underskrift		Førerens underskrift	