

SKADESANMELDELSE : MOTORKØRETØJSFORSIKRING

| |
|---|
| KØRETØJ : |
| SKADESDATO OG TIDSPUNKT: |
| SKADESTED : |
| BESKRIVELSE : |
| SKADE PÅ EGET KØRETØJ: |
| MODPART: NAVN, ADR. FORSIKRING OG POLICENR |
| SKADE PÅ MODPART: |
| VIDNER: NAVN OG ADRESSE |
| HVEM ER EFTER DERES MENING SKYLD I UHELDET: |
| ER DER OPTAGET POLITIRAPPORT: |
| BILENS FØRER NAVN OG ADRESSE : |
| Telefon Nr . : |
| KØREKORTNR. : |
| UDSTEDT DATO : |

ALLE PUNKTER UDFYLDES OG SKEMAET SENDES TIL:

CENTRALVÆRKSTEDET
Distrikt Service
Belgiensvej 2
4800 Nykøbing Falster

E-mail : biler@guldborgsund.dk