

**SKADEANMELDELSE – Bestyrelses- og direktionsansvar**

Forsikringstager

Virksomhedens navn	Policenr.
Adresse	Kontaktperson
Postnr.	By

Stilling	Ansættelsesdato
Hvad er Deres daglige arbejde?	Reg. & Konto nr.
Navn	CPR-nr.
Adresse	Postnr. og by
Telefon/Mobil	E-mail

Skaden

[illegible]



Andre forsikringer (ansvarsforsikring mv.)

Er skaden anmeldt på andre forsikringer?	
Hvis ja, hvilke?	
Selskab	Police/skadenr.

Underskrift

Sted og dato	Sted og dato
Firmaunderskrift og stempel	Skadelidtes underskrift