

DANSK GOLF UNION – Kollektiv ansvarsforsikring for golfspillere i medlemsklubberne SKADEANMELDELSE

Tryk: Erhverv og privatansvar - Skade
Anja Løngård (anja.loengard@tryg.dk, tlf.: 4420 3885)

| |
|-------------|
| Skadenummer |
|-------------|

Sikrede Golfklub

| | | | |
|---------------|----|--------------------------|--------------------------|
| Navn | | | |
| Adresse | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Postnummer | By | | |
| Kontaktperson | | E-mail | Telefonnummer |

Skadevolder - den der har forvoldt skaden

| | | | |
|---|----|-------------------------------|--|
| Navn | | Telefonnummer dag | |
| Adresse | | Fødselsdato | |
| Postnummer | By | | |
| Skaden blev forvoldt i forbindelse med spil på nedennævnte golfklubs anlæg. | | Er golfklubben medlem af DGU? | |
| Navn på golfklub: | | Ja/Nej: | |

Skadelidte – den der har været udsat for skaden

| | | | |
|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Skadelidtes navn | | Telefonnummer dag | |
| Adresse | | E-mail | |
| Postnummer | By | | |
| Er skadelidte ansat hos jer? | | Momsregistreret? | |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| | | Bankkontonummer inkl. reg.nr. | |

Oplysninger om skaden

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Hvor skete skaden? | | Postnr. | By | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hvornår skete skaden? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Den: | | Kl. (0-24) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hvordan og hvorfor skete skaden? | | Eventuel tegning til forklaring | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Hvem er efter jeres mening skyld i skaden?

Hvorfor?

| | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Er der foretaget politianmeldelse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Hvis ja – stationens navn | Dato for politianmeldelse |
| Er det skadede forsikret i et andet selskab? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Hvis ja – selskab | Policenummer |
| Er uheldet anmeldt til det pågældende selskab? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis nej, bedes skaden anmeldt til selskabet. | | |
| Havde skadevolderen det skadede til: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lån/leje/opbevaring/benyttelse eller befording | | |

Skadevolderens privatansvarsforsikring

Har skadevolder (golfspilleren) tegnet en privatansvarsforsikring?

Hvis ja, i hvilket forsikrings-selskab?

| | | |
|---------------|--|--|
| Policenummer? | | |
|---------------|--|--|

Specifikation af det beskadigede og oplysninger til beregning af erstatning

| Beskadigede genstande (art, mærke, type) | Er genstanden købt brugt anfør et "B" | Anskaffelsestidspunkt og- pris | | | Pris på ny tilsvarende ting | Skadelidtes erstatningskrav |
|--|---------------------------------------|--------------------------------|-------|------|-----------------------------|-----------------------------|
| | | År | Måned | Pris | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

For at fremme behandlingen af skaden beder vi jer om muligt, medsende dokumentation i form af kvitteringer/regninger for det beskadigede. Vi beder jer skrive policenummer på hvert bilag.

Det beskadigede skal gemmes til Tryg har taget stilling til erstatningspligten.

Har skadelidte rejst et erstatningskrav overfor jer? Hvis ja – hvornår? Hvis kravet er rejst skriftligt, beder vi jer vedlægge kopi.

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Hvis ja – hvornår? Hvis kravet er rejst skriftligt, beder vi jer vedlægge kopi. |
| Har I noget at indvende mod kravet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Hvis ja – hvorfor? |
| Hvem skal eventuel erstatning udbetales til? | |

Underskrift

Jeg erklærer, at min besvarelse er i overensstemmelse med de faktiske forhold, og at intet af betydning for sagen er fortiet. Tryg har min tilladelse til at udveksle oplysninger og dokumentation med andre forsikrings-selskaber.

Dato | Skadevolders underskrift (ved ukendt skadevolder underskriver golfklubbens forretningsansvarlige)