
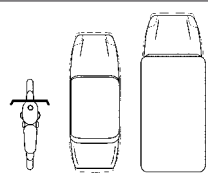
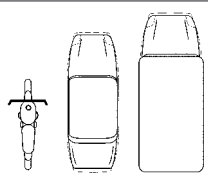




1:2

SKADEANMÄLAN | Motorfordon

Skadenummer:

Skadedatum		Klockan		Skadeplats (Land, ort, gata, väg nr etc.)			
Personskador <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (Om "Ja" notera på sid.2)				Materiella skador (Om "Ja" notera på sid. 2) På annat fordon än A och B <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja På annat föremål än fordon <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Vittnen (Namn, adress och telefon)							
Fordon A		Omständigheter		Fordon B			
Försäkringstagare		Sätt ett kryss (x) för passande alternativ.		Försäkringstagare			
Förnamn		↓ A		↓ B	Förnamn		
Efternamn		<input type="checkbox"/> 1	Stod parkerad/Stannat	1 <input type="checkbox"/>	Efternamn		
Adress		<input type="checkbox"/> 2	Lämnade parkeringsplats	2 <input type="checkbox"/>	Adress		
Postnr	Ort/Land	<input type="checkbox"/> 3	Parkerade vid trottoar-väggkant	3 <input type="checkbox"/>	Postnr	Ort/Land	
Tel eller e-post		<input type="checkbox"/> 4	Körde ut från parkeringsområde tomt, åga eller liknande	4 <input type="checkbox"/>	Tel eller e-post		
Fordon		<input type="checkbox"/> 5	Körde in från parkeringsområde tomt, åga eller liknande	5 <input type="checkbox"/>	Fordon		
Motor	Släp	<input type="checkbox"/> 6	Körde in i rondell	6 <input type="checkbox"/>	Motor	Släp	
Registreringsnummer	Registreringsnummer	<input type="checkbox"/> 7	Körde i rondell	7 <input type="checkbox"/>	Registreringsnummer	Registreringsnummer	
Fabrikat och typ	Fabrikat och typ	<input type="checkbox"/> 8	Körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll	8 <input type="checkbox"/>	Fabrikat och typ	Fabrikat och typ	
Försäkringsbolag		<input type="checkbox"/> 9	Körde åt samma håll men i annan fil	9 <input type="checkbox"/>	Försäkringsbolag		
Bolagets namn		<input type="checkbox"/> 10	Bytte fil	10 <input type="checkbox"/>	Bolagets namn		
Vagnskadeförsäkring/garanti <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> 11	Körde om	11 <input type="checkbox"/>	Vagnskadeförsäkring/garanti <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Förare (se körkort)		<input type="checkbox"/> 12	Svängde till höger	12 <input type="checkbox"/>	Förare (se körkort)		
Förnamn		<input type="checkbox"/> 13	Svängde till vänster	13 <input type="checkbox"/>	Förnamn		
Efternamn		<input type="checkbox"/> 14	Backade	14 <input type="checkbox"/>	Efternamn		
Personnummer		<input type="checkbox"/> 15	Inkräktade på vägbanan reserverad för mötande trafik	15 <input type="checkbox"/>	Personnummer		
Adress		<input type="checkbox"/> 16	Kom från höger (korsning)	16 <input type="checkbox"/>	Adress		
Postnr	Ort/Land	<input type="checkbox"/> 17	Lämnade inte företräde enligt vägmärke/trafiksignal	17 <input type="checkbox"/>	Postnr	Ort/Land	
Tel eller e-post		<input type="checkbox"/>	Ange antal kryss ni markerat	<input type="checkbox"/>	Tel eller e-post		
Gällande svenskt körkort <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Måste signeras av båda förarna -ej erkännande av skuld - endast uppgifter om händelsen för snabb behandling av ärendet		Gällande svenskt körkort <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Gällande utländskt körkort (Om "Ja" bifoga kopia) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Skiss över olycksplatsen Rita tydligt och ange • gator och vägar med namn • fordonens position vid skadetillfället • fordonets färdriktning med pil • trafikmärken		 Eget fordon 1 Motpartens fordon 2		Gällande utländskt körkort (Om "Ja" bifoga kopia) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Visa med pil kollisionspunkt		Förarnas underskrifter		Visa med pil kollisionspunkt			
		A				B	
Synliga skador				Synliga skador			
Övriga observationer				Övriga observationer			



Beskriv händelseförloppet

Vem anser ni har vållat olyckan och varför?

Kompletterande uppgifter till det egna försäkringsbolaget

Ert fordonets hastighet då faran upptäcktes? km/tim	Ert fordonets hastighet vid kollisionsögonblicket? km/tim	Gällande hastighetsbegränsning km/tim	Vägens bredd m	Uppmått avstånd till höger vägkant vid kollisionsplatsen m
Ungefärligt avstånd från ert fordon till kollisionsplatsen när motpartens fordon upptäcktes? m	Väglag (t ex. vått, torrt, snö, is)	Ljusförhållanden <input type="checkbox"/> Dagsljus <input type="checkbox"/> Halvdager <input type="checkbox"/> Mörker	Gatu- eller vägbelysning <input type="checkbox"/> Tänd <input type="checkbox"/> Släckt <input type="checkbox"/> Saknades	
Belysning på det egna fordonet <input type="checkbox"/> HELLJUS <input type="checkbox"/> HALVLJUS <input type="checkbox"/> PARK-LJUS <input type="checkbox"/> SLÄCKT	Har skadan uppkommit vid tävling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Antal personer inklusive förare i det egna fordonet	Mätarställning vid skadetillfället	
Var polisen på plats? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", polisens i	Har utandningsprov tagits på föraren? Om "Ja" <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Positivt	Har blodprov tagits på föraren? Om "Ja" <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Positivt	
Har bärgningsföretag anlitats? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", företagets namn, adress och telefonnr			
Är ert fordon på verkstad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", verkstadens namn, adress och telefonnr			

Personskador och materiella skador

Skador som det egna fordonets förare erhöill

Skador som det egna fordonets passagerare erhöill

Namn, adress och telefonnummer	Personnummer	Skadans art

Skador som t ex cyklist, fotgängare erhöill

Namn, adress och telefonnummer	Personnummer	Skadans art

Materiella skador t ex port, staket, lyktstolpe

Ägarens namn, adress och telefonnummer	Skadans art och omfattning

Underskrift ger även försäkringsbolaget fullmakt att beställa eventuell polisrapport

Förarens underskrift

Försäkringstagarens underskrift

Datum	Förarens underskrift	Datum	Försäkringstagarens underskrift om annan än föraren

Ersättning önskas utbetald till

Postgirokonto	Clearingnr-Bankkontonr
Bankgirokonto	Redovisningsskyldig för moms <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej