

Skadeanmälan - motorfordon

| | | | |
|----------------------|---------|-----------------------|----------------------------------|
| 1. Skadedatum | Klockan | 2. Skadeplats: | Län, ort, gata, väg, väg nr etc. |
| | | Land | |

| |
|--|
| 3. Personskador |
| Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |

| |
|---|
| 4. Materiella skador (notera på baksidan) |
| På annat fordon än A och B <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> På annat föremål än fordon <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |

| |
|---|
| 5. Vittnen Namn, adress och telefon (stryk under passagerare i fordon A eller B) |
| |

FORDON A

| |
|-------------------------------|
| 6. Försäkringstagare |
| Namn: |
| Förnamn: |
| Utdelningsadress: |
| Postnr: Ort/Land: |
| Tel. eller E-post: |

| | |
|---------------------|---------------------|
| 7. Fordon | |
| MOTOR | SLÄP |
| Fabrikat och typ | |
| Registreringsnummer | Registreringsnummer |
| Registreringsland | Registreringsland |

| |
|---|
| 8. Försäkringsbolag |
| Bolagets namn: |
| Försäkringsnr: |
| Grönt kort nr: |
| Giltighetstid för försäkringsbevis eller Grönt kort nr: från: till: |
| Försäkringsmäklare: |
| Namn: |
| Adress: |
| Ort/Land: |
| Tel. eller E-post: |
| Vagnskadeförsäkr./garanti: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |

| |
|-------------------------------|
| 9. Förare (se körkort) |
| Namn: |
| Förnamn: |
| Personnr: |
| Adress: |
| Ort/Land: |
| Tel. eller E-post: |
| Körkortsnr: |
| Kategori (A, B, ...): |
| Giltigt till: |

12. OMSTÄNDIGHETER

| | | |
|-----------------------------|---|-----------------------------|
| ↓ | Sätt ett kryss (X) för gällande alternativ. | ↓ |
| A | * Stryk det som inte är tillämpligt. | B |
| <input type="checkbox"/> 1 | stod parkerad/stannade * | <input type="checkbox"/> 1 |
| <input type="checkbox"/> 2 | lämnade parkeringsplats/öppnade dörr * | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> 3 | parkerade vid trottoar-väggkant | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> 4 | körde ut från parkeringsområde, tomt, äga eller liknande | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> 5 | körde in till parkeringsområde, tomt, äga eller liknande | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> 6 | körde in i rondell | <input type="checkbox"/> 6 |
| <input type="checkbox"/> 7 | körde i rondell | <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> 8 | körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll | <input type="checkbox"/> 8 |
| <input type="checkbox"/> 9 | körde åt samma håll men i annan fil | <input type="checkbox"/> 9 |
| <input type="checkbox"/> 10 | bytte fil | <input type="checkbox"/> 10 |
| <input type="checkbox"/> 11 | körde om | <input type="checkbox"/> 11 |
| <input type="checkbox"/> 12 | svängde till höger | <input type="checkbox"/> 12 |
| <input type="checkbox"/> 13 | svängde till vänster | <input type="checkbox"/> 13 |
| <input type="checkbox"/> 14 | backade | <input type="checkbox"/> 14 |
| <input type="checkbox"/> 15 | inkräktade på vägbanan reserverad för mötande trafik | <input type="checkbox"/> 15 |
| <input type="checkbox"/> 16 | kom från höger (korsning) | <input type="checkbox"/> 16 |
| <input type="checkbox"/> 17 | lämnade inte företräde enligt vägmärke/trafiksinal | <input type="checkbox"/> 17 |
| <input type="checkbox"/> ← | Ange antalet kryss som Ni markerat | → <input type="checkbox"/> |

Måste signeras av båda förarna
- ej erkännande av skuld - endast uppgifter om händelsen, för snabb behandling av ärendet

| |
|--|
| 13. Skiss över händelseförloppet |
| Rita och ange: 1. Vägarnas sträckning. - 2. Fordonen A:s och B:s färdriktning. - 3. Fordonets position vid skadetillfället. - 4. Vägmärken. - 5. Namn på vägar, gator. |

FORDON B

| |
|-------------------------------|
| 6. Försäkringstagare |
| Namn: |
| Förnamn: |
| Utdelningsadress: |
| Postnr: Ort/Land: |
| Tel. eller E-post: |

| | |
|---------------------|---------------------|
| 7. Fordon | |
| MOTOR | SLÄP |
| Fabrikat och typ | |
| Registreringsnummer | Registreringsnummer |
| Registreringsland | Registreringsland |

| |
|---|
| 8. Försäkringsbolag |
| Bolagets namn: |
| Försäkringsnr: |
| Grönt kort nr: |
| Giltighetstid för försäkringsbevis eller Grönt kort nr: från: till: |
| Försäkringsmäklare: |
| Namn: |
| Adress: |
| Ort/Land: |
| Tel. eller E-post: |
| Vagnskadeförsäkr./garanti: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |

| |
|-------------------------------|
| 9. Förare (se körkort) |
| Namn: |
| Förnamn: |
| Personnr: |
| Adress: |
| Ort/Land: |
| Tel. eller E-post: |
| Körkortsnr: |
| Kategori (A, B, ...): |
| Giltigt till: |

| |
|--|
| 10. Visa med pil kollisionspunkt: → |
| |

| |
|----------------------------|
| 11. Synliga skador: |
| |

| |
|----------------------------------|
| 14. Övriga observationer: |
| |

| |
|--|
| 10. Visa med pil kollisionspunkt: → |
| |

| |
|----------------------------|
| 11. Synliga skador: |
| |

| |
|----------------------------------|
| 14. Övriga observationer: |
| |

| | |
|-----------------------------------|----------|
| 15. Förarnas underskrifter | |
| A | B |

Inget får ändras på skadeanmälan's framsida efter underskrift och sedan de två förarna taat var sitt exemplar.

Kompletterande uppgifter till det egna försäkringsbolaget

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| Ert fordonets hastighet då faran upptäcktes? km/tim | Ert fordonets hastighet i kollision- ögonblicket? km/tim | Gällande hastighetsbe- gränsning km/tim | Vägens bredd m | Uppmätt 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"/> Dags- ljus <input type="checkbox"/> Halv- dager <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? | Antal personer inklusive förare i det egna fordonet | Mätarställning vid skadetillfället | |
| Var polisen på plats? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | Om "Ja", polisen 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"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | Om "Ja", företagets namn, adress och telefonnr | | | |
| Är Ert fordon på verkstad? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | Om "Ja", verkstadens namn, adress och telefonnr | | | |

Beskriv händelseförloppet

| |
|---|
| |
| Vem anser Ni har vållat olyckan och varför? |

Personskador och materiella skador

| | | | |
|--|---|--|-------------|
| Skador som det egna fordonets förare erhöll | | | |
| Skador som det egna fordonets passagerare erhöll | Namn, adress och telefonnr (09.00 - 17.00) | Personnummer | Skadans art |
| | | | |
| Skador som t ex cyklist, fotgängare erhöll | Namn, adress och telefonnr (09.00 - 17.00) | Personnummer | Skadans art |
| | | | |
| Materiella skador utöver fordonen A och B, t ex annat fordon (ange reg.nr) /staket/belysningsstolpe/djur | Ägarens, namn, adress och telefonnr (09.00 - 17.00) | Beskriv vad som skadats och skadans omfattning | |
| | | | |

Underskrifterna ger även försäkringsbolaget fullmakt att beställa eventuell polisrapport.

Förarens underskrift

| | |
|-------|----------------------|
| | |
| Datum | Förarens underskrift |

Försäkringstagarens underskrift

| | |
|-------|---|
| | |
| Datum | Försäkringstagarens underskrift om annan än föraren |

Flytande försäkring (Gäller endast bilhandlare)

| | |
|---|--|
| Fordonet tillhör | Föraren anställd hos förs.tagaren? |
| <input type="checkbox"/> Förs.tagaren <input type="checkbox"/> Kunden | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |

Fordonstyp/ användningssätt (Gäller endast i yrkestrafik)

| |
|--|
| |
|--|

Ersättning önskas utbetald till:

Postgirokonto _____

Bankgirokonto _____

Clearingnr-Bankkonto nr _____

Redovisningsskyldig för moms Nej Ja