



Skadeanmälan

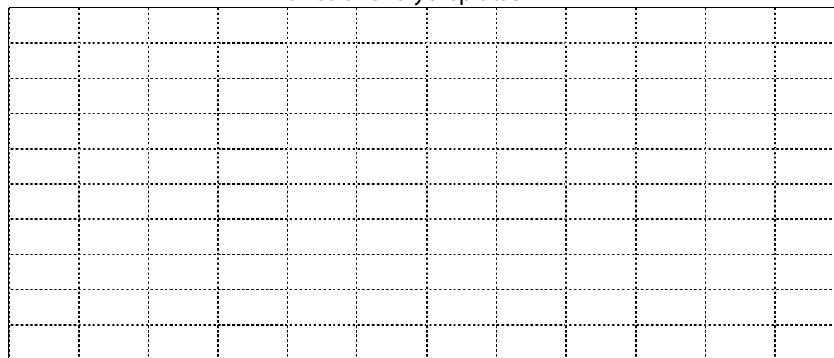
Skadedatum	Tidpunkt	Skadeplats (ort,gata, väg, väg nr etc.)			
Känner polisen till händelsen? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Om Ja, polisen i:	Har utandningsprov tagits? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Har blodprov tagits? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Personskador? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Fordon A	Omständigheter Sätt ett X för gällande alternativ.	Fordon B
Ägaren: Namn: Org./ Persnr: Adress: Postadress: Tel dagtid: Mobilnr: E-Post: Momspliktig: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stod parkerad / Stilla <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lämnade parkeringsplats / Öppnade dörr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parkerade vid trottoar / väggkant <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Körde ut från parkeringsområde, tomt eller liknande <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Körde in till parkeringsområde, tomt eller liknande <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Körde in i rondell <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Körde i rondell <input type="checkbox"/>	Ägaren: Namn: Org./ Persnr: Adress: Postadress: Tel dagtid: Mobilnr: E-Post: Momspliktig: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Fordon: Fabrikat: Regnr: Försäkringsnummer:	<input type="checkbox"/> Körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Körde åt samma håll men i annan fil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bytte fil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Körde om <input type="checkbox"/>	Fordon: Fabrikat: Regnr: Försäkringsnummer:
Förare: Namn: Pers.nr: Adress: Postadress: Tel dagtid: E-Post: Om annat körkort än svenskt, bifoga kopia	<input type="checkbox"/> Svängde till höger <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Svängde till vänster <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Backade <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inkräktade på vägbanan reserverad för mötande trafik <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kom från höger (i korsning) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lämnade inte företräde enligt vägmärke / trafiksignal <input type="checkbox"/>	Förare: Namn: Pers.nr: Adress: Postadress: Tel dagtid: E-Post: Om annat körkort än svenskt, bifoga kopia

Visa kollisionspunkt med pil

Skiss över olycksplatsen

Visa kollisionspunkt med pil



Underskrift förare A

Underskrift förare B

--	--

Kompletterande uppgifter

Ert fordonets hastighet då faran upptäcktes? km/tim	Ert fordonets hastighet i kollisionsogonblicket? km/tim	Gällande hastighetsbegränsning km/tim	Vägens bredd m	Uppmätt avstånd till höger väggkant vid kollisionplatsen m
Ungefärligt avstånd från ert fordon till kollisionplatsen när motpartens fordon upptäcktes? m	Väglag? (vått, torrt, snö is)	Har skadan uppkommit vid tävling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Antal personer inkl. förare i det egna fordonet	Mätarställning vid skadetillfället mil
Är ert fordon på verkstad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, verkstadens namn, ort och telefonnr			
Är bilen bärgad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, företagets namn och telefonnr			

Händelseförlopp och skador på det egna fordonet

Vem anser ni vara orsak till det inträffade?

Vittne till händelsen

Namn, Adress, e-Post

Personskador

Skador som det egna fordonets förare erhö

--

Skador som det egna fordonets passagerare erhö

Namn, adress och telefonnr	Personnummer	Skadan art

Skador som tex cyklist, fotgängare erhö

Namn, adress och telefonnr	Personnummer	Skadan art

Materiella skador utöver fordon A eller B. Tex. Väggräcke, staket, vägskylt

Ägarens namn, adress och telefonnr	Skadans art och omfattning

Underskrifterna ger även försäkringsbolaget fullmakt att beställa eventuell polisrapport

Datum	Förarens underskrift

Datum	Försäkringstagarens underskrift