
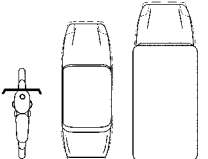
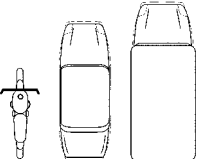


Skadedatum	Klockan	Skadeplats (Land, ort, gata, väg nr etc.)				
Personskador <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (Om "Ja" notera på sid.2)		Materiella skador (Om "Ja" notera på sid. 2) På annat fordon än A och B <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <span style="float: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

Samtliga uppgifter i denna skadeanmälan är sanningsenliga, vilket härmed intygas. Jag förbinder mig att omedelbart underrätta försäkringsbolaget om ersatt egendom kommer tillrätta. Inskickad anmälan ger även försäkringsbolaget fullmakt att beställa eventuella rapporter och dokument från polisen.

**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