
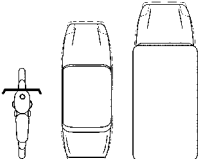
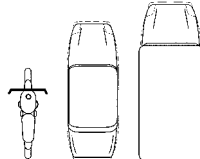




Skadenummer:

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, telefon & mejl)			
Fordon A		Omständigheter	Fordon B
Försäkringstagare			Försäkringstagare
Förnamn		↓ A	↓ B
Efternamn		<input type="checkbox"/> 1	1 <input type="checkbox"/>
Adress		<input type="checkbox"/> 2	2 <input type="checkbox"/>
Postnr	Ort/Land	<input type="checkbox"/> 3	3 <input type="checkbox"/>
Tel eller e-post		<input type="checkbox"/> 4	4 <input type="checkbox"/>
Fordon		<input type="checkbox"/> 5	5 <input type="checkbox"/>
Motor	Släp	<input type="checkbox"/> 6	6 <input type="checkbox"/>
Registreringsnummer	Registreringsnummer	<input type="checkbox"/> 7	7 <input type="checkbox"/>
Fabrikat och typ	Fabrikat och typ	<input type="checkbox"/> 8	8 <input type="checkbox"/>
Försäkringsbolag		<input type="checkbox"/> 9	9 <input type="checkbox"/>
Bolagets namn		<input type="checkbox"/> 10	10 <input type="checkbox"/>
Vagnskadeförsäkring/garanti <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> 11	11 <input type="checkbox"/>
Förare (se körkort)		<input type="checkbox"/> 12	12 <input type="checkbox"/>
Förnamn		<input type="checkbox"/> 13	13 <input type="checkbox"/>
Efternamn		<input type="checkbox"/> 14	14 <input type="checkbox"/>
Personnummer		<input type="checkbox"/> 15	15 <input type="checkbox"/>
Adress		<input type="checkbox"/> 16	16 <input type="checkbox"/>
Postnr	Ort/Land	<input type="checkbox"/> 17	17 <input type="checkbox"/>
Tel eller e-post		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gällande svenskt körkort <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Ange antal kryss ni markerat	
Gällande utländskt körkort (Om "Ja" bifoga kopia) <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	
Visa med pil kollisionspunkt		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	
			
Synliga skador		Synliga skador	
Övriga observationer		Övriga observationer	
A		B	
Förarnas underskrifter		Förarnas underskrifter	



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 kollisionsogonblicket? km/tim	Gällande hastighetsbegränsning km/tim	Vägens bredd m	Uppmätt avstånd till höger vägkant vid kollisionplatsen m
Ungefärligt avstånd från ert fordon till kollisionplatsen 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

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