

Skadeanmälan - motorfordon

1. Skadedatum	Klockan	2. Skadeplats:	Län, ort, gata, väg, väg nr etc.	3. Personskador
		Land		Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

4. Materiella skador (notera på baksidan)

På annat fordon än A och B Nej Ja På annat föremål än fordon Nej Ja

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 Ja

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. Fordonens 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

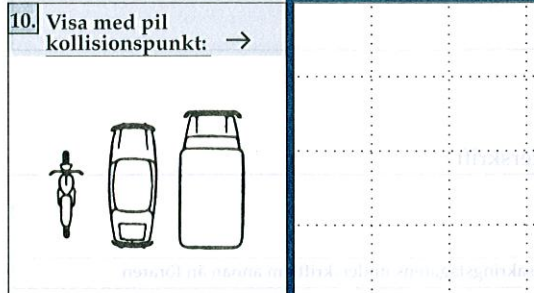
8. Försäkringsbolag

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 Ja

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: →



15. Förarnas underskrifter

10. Visa med pil kollisionspunkt: →



11. Synliga skador:

14. Övriga observationer:

11. Synliga skador:

14. Övriga observationer:

15. Förarnas underskrifter

14. Övriga observationer:

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

