

Skadenummer - försäkringsbolagets notering

Vänligen texta tydligt, glöm inte underskrift

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

Omständigheter

Sätt ett kryss för gällande alternativ

Fordon A Ägaren
Fordon B Ägaren

| | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|--|
| Namn | <input type="checkbox"/> | Stod parkerad/Stilla | <input type="checkbox"/> | Namn |
| Personnummer | <input type="checkbox"/> | Lämnade parkeringsplats/ Öppnade dörr | <input type="checkbox"/> | Personnummer |
| Adress | <input type="checkbox"/> | Parkerade vid trottoar/väggkant | <input type="checkbox"/> | Adress |
| Postadress | <input type="checkbox"/> | Körde ut från parkeringsområde, tomt eller liknande | <input type="checkbox"/> | Postadress |
| Telefon dagtid, även riktnr | <input type="checkbox"/> | Körde in till parkeringsområde, tomt eller liknande | <input type="checkbox"/> | Telefon dagtid, även riktnr |
| E-post | <input type="checkbox"/> | Körde in i rondell | <input type="checkbox"/> | E-post |
| Momspliktig Ja/Nej | <input type="checkbox"/> | Körde i rondell | <input type="checkbox"/> | Momspliktig Ja/Nej |
| Fordon | <input type="checkbox"/> | Körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll | <input type="checkbox"/> | Fordon |
| Fabrikat | <input type="checkbox"/> | Körde åt samma håll men i annan fil | <input type="checkbox"/> | Fabrikat |
| Regnr | <input type="checkbox"/> | Bytte fil | <input type="checkbox"/> | Regnr |
| Försäkringsnr | <input type="checkbox"/> | Körde om | <input type="checkbox"/> | Försäkringsnr |
| Föraren om annan än ägaren | <input type="checkbox"/> | Svängde till höger | <input type="checkbox"/> | Föraren om annan än ägaren |
| Namn | <input type="checkbox"/> | Svängde till vänster | <input type="checkbox"/> | Namn |
| Personnummer | <input type="checkbox"/> | Backade | <input type="checkbox"/> | Personnummer |
| Adress | <input type="checkbox"/> | Inkräktade på vägbanan reserverad för mötande trafik | <input type="checkbox"/> | Adress |
| Postadress | <input type="checkbox"/> | Kom från höger (i korsning) | <input type="checkbox"/> | Postadress |
| Telefon dagtid, även riktnr | <input type="checkbox"/> | Lämnade inte företräde enligt vägmärke/trafiksinal | <input type="checkbox"/> | Telefon dagtid, även riktnr |
| E-post | | | | E-post |
| Om annat körkort än svenskt, bifoga kopia. | | | | Om annat körkort än svenskt, bifoga kopia. |

Skiss över olycksplatsen

Rita tydligt och ange gator och vägar med namn och fordonets position vid skadetillfället, fordonens färdriktning med pil, vägmärken.

 Visa med pil kollisionspunkt för
Fordon A Fordon B


| | | |
|---|-------------------------------------|-------------|
| Synliga skador på eget fordon | Synliga skador på motpartens fordon | |
| Underskrift av förare A | Underskrift av förare B | |
| Vid personskador, namn, adress och telefon, även riktnr | Personnummer | Skadans art |

Skador som t ex cyklist, fotgängare erhö

| | | |
|--------------------------|--------------|-------------|
| Namn, adress och telefon | Personnummer | Skadans art |
|--------------------------|--------------|-------------|

Materiella skador, t ex annat fordon, staket eller lyktstolpe

| | | |
|--------------------------|--------------|----------------------------|
| Namn, adress och telefon | Personnummer | Skadans art och omfattning |
|--------------------------|--------------|----------------------------|

Händelseförloppet

Vem anser ni vållat skadan, och varför?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vittne 1

| |
|------------------------|
| Namn |
| Adress, postnr och ort |
| Telefon, även riktnr |

Vittne 2

| |
|------------------------|
| Namn |
| Adress, postnr och ort |
| Telefon, även riktnr |

Kompletterande uppgifter

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| Ert fordon's hastighet då faran upptäcktes | Ert fordon's hastighet i kollisionsoögonblicket | Gällande hastighetsbegränsning | Avstånd till höger vägkant vid kollisionplatsen | Vägens bredd, m |
| Ungefärligt avstånd från ert fordon till kollisionplatsen när motparten upptäcktes | Väglag? (vått, torrt, snö eller is) | Ljusförhållanden? (dagsljus, halvdager, mörker) | Gatu- eller vägbelysning? (tänd, släckt eller saknas) | |
| Eget fordon's belysning? (halvljus, varselljus) | Antal personer i eget fordon | Finns trafiksignaler? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Trafiksignaler i funktion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Har skadan uppkommit vid tävlan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |

Underskrift

| | |
|----------------------------------|---|
| Datum och underskrift av föraren | Datum och underskrift av försäkringstagaren |
|----------------------------------|---|