
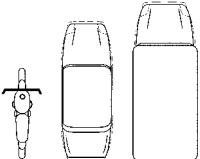
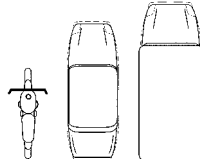


Skadedatum	Klockan	Skadeplats (Land, ort, gata, väg nr etc.)			
Personskador <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (Om "Ja" notera på sid.2)		Materiella skador (Om "Ja" notera på sid. 2) På annat fordon än A och B <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja På annat föremål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

Underskrift ger även försäkringsbolaget fullmakt att beställa eventuell polisrapport

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