

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

**4. Materiella skador** (notera på baksidan)

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

Nej  Ja  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	SLÅP
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.	↓
<b>A</b>		* Stryk det som inte är tillämpligt.	<b>B</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"/> ←		<b>Ange antalet kryss som Ni markerat</b>	→ <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. Fordonen 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	SLÅP
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:** →



**11. Synliga skador:**

.....

.....

**14. Övriga observationer:**

.....

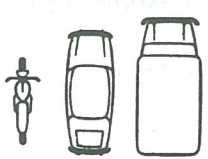
.....

**15. Förarnas underskrifter**

.....

.....

**10. Visa med pil kollisionspunkt:** →



**11. Synliga skador:**

.....

.....

**14. Övriga observationer:**

.....

.....

**A**
**B**



Kompletterande uppgifter till det egna försäkringsbolaget

Ert fordon's hastighet då faran upptäcktes? <input type="checkbox"/> km/tim	Ert fordon's hastighet i kollisions- ögonblicket? <input type="checkbox"/> km/tim	Gällande hastighetsbe- gränsning <input type="checkbox"/> km/tim	Vägens bredd <input type="checkbox"/> m	Uppmätt avstånd till höger vägkant vid kollisionsplatsen? <input type="checkbox"/> m
Ungefärligt avstånd från Ert fordon till kollisionsplatsen när motpartens fordon upptäcktes? <input type="checkbox"/> m	Väglag (t ex vått, torrt, snö, is)	Ljusförhållanden <input type="checkbox"/> Dags- ljus <input type="checkbox"/> Halv- dager <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?	Antal personer inklusive förare i det egna fordonet	Mätarställning vid skadetillfället	
Var polisen på plats? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	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 anlitsats? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", företagets namn, adress och telefonnr			
Är Ert fordon på verkstad? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", verkstadens namn, adress och telefonnr			

Beskriv händelseförloppet

Vem anser Ni har vållat olyckan och varför?

Personskador och materiella skador

Skador som det egna fordonets förare erhöll			
Skador som det egna fordonets passagerare erhöll	Namn, adress och telefonnr (09.00 - 17.00)	Personnummer	Skadans art
Skador som t ex cyklist, fotgängare erhöll	Namn, adress och telefonnr (09.00 - 17.00)	Personnummer	Skadans art
Materiella skador utöver fordonen A och B, t ex annat fordon (ange reg.nr) /staket/belysningsstolpe/djur	Ägarens, namn, adress och telefonnr (09.00 - 17.00)	Beskriv vad som skadats och skadans omfattning	

Underskrifterna ger även försäkringsbolaget fullmakt att beställa eventuell polisrapport.

Förarens underskrift

Datum	Förarens underskrift

Försäkringstagarens underskrift

Datum	Försäkringstagarens underskrift om annan än föraren

Flytande försäkring (Gäller endast bilhandlare)

Fordonet tillhör	Föraren anställd hos förs.tagaren?
<input type="checkbox"/> Förs.tagaren <input type="checkbox"/> Kunden	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Fordonstyp/användningssätt (Gäller endast i yrkestrafik)

Ersättning önskas utbetald till:

Postgirokontonummer \_\_\_\_\_

Bankgirokontonummer \_\_\_\_\_

Clearingnr-Bankkonto nr \_\_\_\_\_

Redovisningskyldig för moms  Nej  Ja