

Skadeanmälan – Motorfordon – flera fordon

Skadedatum	Tidpunkt	Skadeplats (Län, ort, gata, väg etc.)		
Är polisen informerad <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Om ja, polisen i:	Resultat av utandningsprov <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> ej tagits	Har blodprov tagits? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Uppstod personskada <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej

OMSTÄNDIGHETER

FORDON A	Bocka för det gällande alternativet	FORDON B
Ägarens namn	<input type="checkbox"/> Stod parkerad / Stilla	Ägarens namn
Person- eller organisationsnummer	<input type="checkbox"/> Lämnad parkeringsplats / <input type="checkbox"/> Öppnade dörr	Person- eller organisationsnummer
Adress	<input type="checkbox"/> Parkerade vid trottoar / vägkant	Adress
Postadress	<input type="checkbox"/> Körde ut från parkeringsområde, tomt eller liknande	Postadress
Telefon (dagtid)	<input type="checkbox"/> Körde in till parkeringsområde, tomt eller liknande	Telefon (dagtid)
E-post	<input type="checkbox"/> Körde in i rondell	E-post
Bankkontonummer	<input type="checkbox"/> Körde i rondell	Försäkringsbolag
Momspliktig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> Körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll	Momspliktig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Fordonets reg nr	<input type="checkbox"/> Körde åt samma håll men i annan fil	Fordonets reg nr
Fabrikat/modell	<input type="checkbox"/> Bytte fil	Fabrikat/modell
Försäkringsnummer	<input type="checkbox"/> Körde om	Försäkringsnummer
Förarens namn (om annan än ägaren)	<input type="checkbox"/> Svängde höger	Förarens namn (om annan än ägaren)
Personnummer	<input type="checkbox"/> Svängde vänster	Personnummer
Adress	<input type="checkbox"/> Backade	Adress
Postadress	<input type="checkbox"/> Inkräktade på vägbana reserverad för mötande trafik	Postadress
Telefon (dagtid)	<input type="checkbox"/> Kom från höger i korsning	Telefon (dagtid)
E-post	<input type="checkbox"/> Lämnade inte företräde enligt vägmärke / trafiksignal	E-post

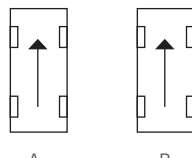
Om annat körkort än svenskt, bifoga kopia.

Gäller skadan EU-moped, bifoga kopia på förarbevis

Om annat körkort än svenskt, bifoga kopia.

Gäller skadan EU-moped, bifoga kopia på förarbevis

SKISS ÖVER OLYCKSPLATSEN (beskriv händelseförloppet på nästa sida)

Visa kollisionspunkten med pil 	Rita tydligt och ange: gator och vägar med namn, fordonets position vid skadetillfället, färdriktning med pil, vägmärken Ange gärna om någon av förarna körde på huvudled.
Synliga skador fordon A	Synliga skador fordon B

Underskrift förare A

Underskrift förare B

Händelseförlopp (texta tydligt)

Vem anser ni vara vållande och varför?

Kompletterande uppgifter

Ert fordonets hastighet då faran upptäcktes	Fordonets hastighet vid kollisionen	Gällande hastighetsbegränsning:	Vägens bredd i meter	Väglag? <input type="checkbox"/> torrt <input type="checkbox"/> vått <input type="checkbox"/> snö <input type="checkbox"/> is
Ljuszförhållanden <input type="checkbox"/> dagsljus <input type="checkbox"/> skymning <input type="checkbox"/> mörker		Gatu eller vägbelysning <input type="checkbox"/> tänd <input type="checkbox"/> släckt <input type="checkbox"/> saknas		Fordonets belysning <input type="checkbox"/> helljus <input type="checkbox"/> halvljus <input type="checkbox"/> varselljus
Avstånd från ert fordon till kollisionsplatsen när motparten upptäcktes		Avstånd till höger väggkant		Antal personer i egna fordonet:
Står fordonet på verkstad? Om ja vilken? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej				Anlitades bärgare <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej

Vittnen

Namn	Namn
Adress	Adress
Postadress	Postadress
Telefon (dagtid)	Telefon (dagtid)
E-post	E-post

Personskador

Namn, adress och telefon:	Personnummer	Skadans art:
Namn, adress och telefon:	Personnummer	Skadans art:
Namn, adress och telefon:	Personnummer	Skadans art:

Materiella skador, t ex annat fordon, staket, lyktstolpe, etc

Ägarens namn, adress och telefon:	Skadans art och omfattning:
-----------------------------------	-----------------------------

Underskrifterna ger Länsförsäkringar fullmakt att beställa eventuella polisrapporter.

Förarens underskrift

Försäkringstagarens underskrift

Ort och datum

Ort och datum