



Skadeanmälan - motorfordon

Skall skrivas under av båda förarna

– ej erkännande av skuld – endast uppgifter om händelsen, för snabb behandling av ärendet

1. Skadedatum klockan	2. Skadeplats (län, ort, gata, väg nr etc.)	3. Personskador Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> *
4. Materiella skador Utöver fordonen A och B Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> *	5. Vittnen Namn, adress och telefon (stryk under passagerare i fordon A eller B)	

Fordon A	Fordon B
6. Försäkringstagare Namn Förnamn Utdelnings-adress Postnr och postanstalt Telefon 09.00-17.00 (även riktnr) Redovisn. skyldig för moms? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Personnummer (år, mån, dag, nr)	6. Försäkringstagare Namn Förnamn Utdelnings-adress Postnr och postanstalt Telefon 09.00-17.00 (även riktnr) Redovisn. skyldig för moms? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Personnummer (år, mån, dag, nr)
7. Fordon Fabrikat och typ Registreringsnummer Chassi-/ramnummer Årsmodell	7. Fordon Fabrikat och typ Registreringsnummer Chassi-/ramnummer Årsmodell
8. Försäkringsbolag Bolagets namn Försäkringsnummer Grönt kort nr (skada utanför Norden) Grönt kort giltigt till Vagnskadeförsäkr./garanti Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	8. Försäkringsbolag Bolagets namn Försäkringsnummer Grönt kort nr (skada utanför Norden) Grönt kort giltigt till Vagnskadeförsäkr./garanti Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
9. Förare Namn Förnamn Utdelnings-adress Postnr och postanstalt Körkortsnr Klass (A-B) . . . Utf av Körkortet giltigt till	9. Förare Namn Förnamn Utdelnings-adress Postnr och postanstalt Körkortsnr Klass (A-B) . . . Utf av Körkortet giltigt till
10. Visa med pil kollisionspunkt 	10. Visa med pil kollisionspunkt 
11. Synliga skador _____ _____ _____	11. Synliga skador _____ _____ _____
14. Övriga observationer _____ _____ _____	14. Övriga observationer _____ _____ _____
12. Omständigheter Sätt ett kryss (X) för gällande alternativ 1 <input type="checkbox"/> stod parkerad 2 <input type="checkbox"/> lämnade parkeringsplats vid trottoar-väggkant 3 <input type="checkbox"/> parkerade vid trottoar-väggkant 4 <input type="checkbox"/> körde ut från parkeringsområde, tomt, äga eller liknande 5 <input type="checkbox"/> körde in till parkeringsområde, tomt, äga eller liknande 6 <input type="checkbox"/> körde in i rondell 7 <input type="checkbox"/> körde i rondell 8 <input type="checkbox"/> körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll 9 <input type="checkbox"/> körde åt samma håll men i annan fil 10 <input type="checkbox"/> bytte fil 11 <input type="checkbox"/> körde om 12 <input type="checkbox"/> svängde till höger 13 <input type="checkbox"/> svängde till vänster 14 <input type="checkbox"/> backade 15 <input type="checkbox"/> inkräktade på vägbanan reserverad för mötande trafik 16 <input type="checkbox"/> kom från höger (i korsning) 17 <input type="checkbox"/> lämnade inte företräde enligt vägmärken Ange antal kryss som Ni markerat	12. Omständigheter Sätt ett kryss (X) för gällande alternativ 1 <input type="checkbox"/> stod parkerad 2 <input type="checkbox"/> lämnade parkeringsplats vid trottoar-väggkant 3 <input type="checkbox"/> parkerade vid trottoar-väggkant 4 <input type="checkbox"/> körde ut från parkeringsområde, tomt, äga eller liknande 5 <input type="checkbox"/> körde in till parkeringsområde, tomt, äga eller liknande 6 <input type="checkbox"/> körde in i rondell 7 <input type="checkbox"/> körde i rondell 8 <input type="checkbox"/> körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll 9 <input type="checkbox"/> körde åt samma håll men i annan fil 10 <input type="checkbox"/> bytte fil 11 <input type="checkbox"/> körde om 12 <input type="checkbox"/> svängde till höger 13 <input type="checkbox"/> svängde till vänster 14 <input type="checkbox"/> backade 15 <input type="checkbox"/> inkräktade på vägbanan reserverad för mötande trafik 16 <input type="checkbox"/> kom från höger (i korsning) 17 <input type="checkbox"/> lämnade inte företräde enligt vägmärken Ange antal kryss som Ni markerat
13. Skiss över händelseförloppet Rita och ange: 1. Vägarnas sträckning. - 2. Fordonen A:s och B:s färdriktning. - 3. Fordonens position vid skadetillfället. - 4. Vägmärken. - 5. Namn på vägar, gator.	13. Skiss över händelseförloppet Rita och ange: 1. Vägarnas sträckning. - 2. Fordonen A:s och B:s färdriktning. - 3. Fordonens position vid skadetillfället. - 4. Vägmärken. - 5. Namn på vägar, gator.
15. Förarnas underskrifter _____ _____	15. Förarnas underskrifter _____ _____

*Eftertryck är förbjudet utan föregående skriftligt tillstånd av CEA, som är innehavare av copyrighten. Varje förändring eller modifiering av denna handling utan föregående tillstånd av CEA kommer att bli föremål för läge åtgärd.

Copyright Comité Européen Des Assurances (CEA) 97.02. Rotiform 300.000x2 ex.

* Om "Ja" notera på baksidan av eget ex.

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

Vänd ! →

Kompletterande uppgifter till det egna försäkringsbolaget

Ert fordon's hastighet då faran upptäcktes? km/tim	Ert fordon's hastighet i kollisionsoögonblicket? 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)	Ljushöjdhållanden <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 som var tänd på det egna fordonet <input type="checkbox"/> Hel-ljus <input type="checkbox"/> Halv-ljus <input type="checkbox"/> Parke-ringsljus <input type="checkbox"/>	Annan belysning (t ex varselljus)	Antal personer inklusive förare i det egna fordonet	Mätarställning vid skadetillfället km	
Användningssätt för det egna fordonet <input type="checkbox"/> Privat-bruk <input type="checkbox"/> Fjärr-gods-trafik <input type="checkbox"/> Transport mot be-talning <input type="checkbox"/> Transport utan be-talning <input type="checkbox"/>	Annat (t ex grävning, vägunderhåll)		Har skadan uppkommit vid tävling? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Känner polisen till händelsen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", polisen i	Har blodprov/utandningsprov tagits <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", på vem?	
Har bärgningsföretag anlåtats? <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			

Vid kollision med annat motorfordon ange om något fordon visade körriktningstecken. Vid viltolycka ange djurart.

Händelseförlopp

<p>Vem anser Ni har vållat olyckan och varför?</p>
--

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/staket/belysningsstolpe/djur	Ägarens namn, adress och telefonnr (09.00-17.00)	Beskriv vad som skadats och skadans omfattning	

Förarens underskrift

Förarens personnummer (år, mån, dag, nr)	Telefon (09.00-17.00)
Datum	Förarens underskrift

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

Försäkringstagarens underskrift

Försäkringstagarens underskrift om annan än föraren
