

Vänligen texta tydligt

* obligatoriska fält

Skadedatum*	Klockslag*	Skadeplats* (korsning, gata, gatunnr, platsens namn)	
Polis på plats* <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, polisen i:	Har utandningsprov tagits på föraren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har blodprov tagits på föraren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Personskador* <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är fordonet bärgat <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, hur var utandningsprovet? <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt	Om ja, hur var blodprovet? <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt

Eget fordon

Omständigheter

Motpartens fordon

Eget fordon	Omständigheter	Motpartens fordon
Ågarens namn <input type="checkbox"/> 1	Sätt kryss (x) för gällande alternativ	Ågarens namn
Person*-/ Organisationsnummer* <input type="checkbox"/> 2	Stod stilla/ parkerad <input type="checkbox"/> 1	Person*-/ Organisationsnummer*
Adress <input type="checkbox"/> 3	Lämnade parkeringsplats/ öppnade bildörr <input type="checkbox"/> 2	Adress
Postnr och postadress <input type="checkbox"/> 4	Parkerade vid trottoar/ väggkant <input type="checkbox"/> 3	Postnr och postadress
Telefonnummer <input type="checkbox"/> 5	Körde ut från parkeringsområde, tomt eller liknande <input type="checkbox"/> 4	Telefonnummer
Mailadress <input type="checkbox"/> 6	Körde in till parkeringsområde, tomt eller liknande <input type="checkbox"/> 5	Mailadress
Momsplikt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> 7	Körde in i rondell <input type="checkbox"/> 6	Momsplikt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Fordon (Fabrikat och modell) <input type="checkbox"/> 8	Körde i rondell <input type="checkbox"/> 7	Fordon (Fabrikat och modell)
Registreringsnummer* <input type="checkbox"/> 9	Körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll <input type="checkbox"/> 8	Registreringsnummer*
Försäkringsbolag <input type="checkbox"/> 10	Körde åt samma håll men i annan fil <input type="checkbox"/> 9	Försäkringsbolag
Förare (för och efternamn) <input type="checkbox"/> 11	Körde in i rondell <input type="checkbox"/> 6	Förare (för och efternamn)
Personnummer* <input type="checkbox"/> 12	Bytte fil <input type="checkbox"/> 10	Personnummer*
Adress <input type="checkbox"/> 13	Körde om <input type="checkbox"/> 11	Adress
Postnr och postadress <input type="checkbox"/> 14	Körde till höger <input type="checkbox"/> 12	Postnr och postadress
Telefonnummer <input type="checkbox"/> 15	Svängde till vänster <input type="checkbox"/> 13	Telefonnummer
Mailadress <input type="checkbox"/> 16	Backade <input type="checkbox"/> 14	Mailadress
Gällande svenskt körkort <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Utländskt** <input type="checkbox"/> 17	Inkräktade på vägbanan reserverad för mötande trafik <input type="checkbox"/> 15	
	Kom från höger (i korsning) <input type="checkbox"/> 16	
	Lämnade inte företräde enligt vägmärke <input type="checkbox"/> 17	

** Bifoga kopia på gällande utländskt körkort

Underskrift förare i eget fordon

Underskrift förare i motpartens fordon

Underskrift		Underskrift	
Namnförtydligande	Datum	Namnförtydligande	Datum

Underskrifterna ger även försäkringsbolaget fullmakt att beställa eventuell polisrapport samt övrig utredning i ärendet.

Beskriv synliga skador på eget fordon

Beskriv synliga skador på motpartens fordon

Ange kollisionspunkt med pil på eget fordon



Ange kollisionspunkt med pil på motpartens fordon



Skiss över händelseförloppet* (Rita tydligt och ange gatunamn, fordonens placering och färdriktning vid skadetillfället samt trafikmärken. Ange eget fordon som A och motpartens fordon som B.)



Beskriv händelseförloppet* (Vänligen texta)

Vem anser ni vållat skadan och varför?

Vittne

Namn	Telefon	Namn	Telefon
Adress		Adress	
Postnr och postadress		Postnr och postadress	

Kompletterande uppgifter

Ert fordon's hastighet då faran upptäcktes Km/h	Ert fordon's hastighet i kollisionsogonblicket Km/h	Gällande hastighetsbegränsning Km/h	Avstånd till höger vägkant m	Vägens bredd m
Ungefärligt avstånd från ert fordon till kollisionplatsen när motpartens fordon upptäcktes m	Väglag <input type="checkbox"/> Vått <input type="checkbox"/> Torr <input type="checkbox"/> Is <input type="checkbox"/> Snö	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 som varit tänd på ert egna fordon <input type="checkbox"/> Halvljus <input type="checkbox"/> HELLJUS <input type="checkbox"/> Varseljus	Antal passagerare i egna fordonet? st	Trafikljusen var i funktion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Mätarställning km	Har skadan uppkommit vid tävlan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Personskador

Namn	Telefonnummer	Personnummer	Skadans art

Personskador som t ex cyklist, fotgängare erhö

Namn	Telefonnummer	Personnummer	Skadans art

Materiella skador t ex staket, lyktstolpe eller byggnad

Namn, adress, telefonnummer
Skadans art och omfattning

Försäkringstagarens underskrift*

Datum	Namnförtydligande	Underskrift
-------	-------------------	-------------

Underskrift förare om annan än försäkringstagaren*

Datum	Namnförtydligande	Underskrift
E-post adress	Telefonnummer	

Underskrifterna ger även försäkringsbolaget fullmakt att beställa eventuell polisrapport samt övrig utredning i ärendet.