

# Skadeanmälan - motorfordon

Blad 1/2

|                                                                                                                                                                                                                           |         |                        |                                                                                  |                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 1. Skadedatum                                                                                                                                                                                                             | Klockan | 2. Skadeplats:<br>Land | Län, ort, gata, väg, väg nr etc.                                                 | 3. Personskador<br>Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| 4. Materiella skador (notera på baksidan)<br>På annat fordon än A och B: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/><br>På annat föremål än fordon: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |         |                        | 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               | SLÄP                |
|---------------------|---------------------|
| 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:

## 12. OMSTÄNDIGHETER

↓

**A**

Sätt ett kryss (X) för gällande alternativ.  
\* Stryk det som inte är tillämpligt.

↓

**B**

☐ 1 stod parkerad/stannade \*

☐ 2 lämnade parkeringsplats/öppnade dörr \*

☐ 3 parkerade vid trottoar-väggkant

☐ 4 körde ut från parkeringsområde, tomt, äga eller liknande

☐ 5 körde in till parkeringsområde, tomt, äga eller liknande

☐ 6 körde in i rondell

☐ 7 körde i rondell

☐ 8 körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll

☐ 9 körde åt samma håll men i annan fil

☐ 10 bytte fil

☐ 11 körde om

☐ 12 svängde till höger

☐ 13 svängde till vänster

☐ 14 backade

☐ 15 inkräktade på vägbanan reserverad för mötande trafik

☐ 16 kom från höger (korsning)

☐ 17 lämnade inte företräde enligt vägmärke/trafiksinal

☐ 1 stod parkerad/stannade \*

☐ 2 lämnade parkeringsplats/öppnade dörr \*

☐ 3 parkerade vid trottoar-väggkant

☐ 4 körde ut från parkeringsområde, tomt, äga eller liknande

☐ 5 körde in till parkeringsområde, tomt, äga eller liknande

☐ 6 körde in i rondell

☐ 7 körde i rondell

☐ 8 körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll

☐ 9 körde åt samma håll men i annan fil

☐ 10 bytte fil

☐ 11 körde om

☐ 12 svängde till höger

☐ 13 svängde till vänster

☐ 14 backade

☐ 15 inkräktade på vägbanan reserverad för mötande trafik

☐ 16 kom från höger (korsning)

☐ 17 lämnade inte företräde enligt vägmärke/trafiksinal

← **Ange antalet kryss som Ni markerat** →

13. Skiss över händelseförloppet  
Rita och ange: 1. Vägarnas sträckning. - 2. Fordonens 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               | SLÄP                |
|---------------------|---------------------|
| 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. Förnas underskrifter 15.

A

B

Vänd! →

|                                                                                                                                                                         |                                                            |                                                                                                                         |                                                                                                                             |                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Ert fordon's hastighet då faran upptäcktes?<br>km/tim                                                                                                                   | Ert fordon's hastighet i kollisionsoögonblicket?<br>km/tim | Gällande hastighetsbegränsning<br>km/tim                                                                                | Vägens bredd<br>m                                                                                                           | Uppmätt avstånd till höger vägkant vid kollisionplatsen?<br>m |
| Ungefärligt avstånd från Ert fordon till kollisionplatsen när motpartens fordon upptäcktes?<br>m                                                                        | Väglag (t ex vått, torrt, snö, is)                         | Ljuförhållanden<br><input type="checkbox"/> Dagsljus <input type="checkbox"/> Halvdager <input type="checkbox"/> Mörker | Gatu- eller vägbelysning<br><input type="checkbox"/> Tänd <input type="checkbox"/> Släckt <input type="checkbox"/> Saknades |                                                               |
| Belysning på det egna fordonet<br><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?<br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                       | Om "Ja", polisen i                                         | Har uttagningsprov tagits på föraren?<br>Om "Ja" <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Positivt    | Har blodprov tagits på föraren?<br>Om "Ja" <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Positivt              |                                                               |
| Har bärgningsföretag anlitats?<br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                              | Om "Ja", företagets namn, adress och telefonnr             |                                                                                                                         |                                                                                                                             |                                                               |
| Är Ert fordon på verkstad?<br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                  | Om "Ja", verkstadens namn, adress och telefonnr            |                                                                                                                         |                                                                                                                             |                                                               |

|                                             |  |
|---------------------------------------------|--|
|                                             |  |
|                                             |  |
|                                             |  |
|                                             |  |
|                                             |  |
|                                             |  |
|                                             |  |
|                                             |  |
|                                             |  |
|                                             |  |
| Vem anser Ni har vållat olyckan och varför? |  |

|                                                                                                          |                                                     |                                                |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------|
| Skador som det egna fordonets förare erhö                                                                |                                                     |                                                |             |
| Skador som det egna fordonets passagerare erhö                                                           | Namn, adress och telefonnr (09.00 - 17.00)          | Personnummer                                   | Skadans art |
|                                                                                                          |                                                     |                                                |             |
|                                                                                                          |                                                     |                                                |             |
|                                                                                                          |                                                     |                                                |             |
| Skador som t ex cyklist, fotgängare erhö                                                                 | 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 |             |
|                                                                                                          |                                                     |                                                |             |
|                                                                                                          |                                                     |                                                |             |

Förarens underskrift

Datum \_\_\_\_\_ Förarens underskrift \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

|       |                                                     |
|-------|-----------------------------------------------------|
| Datum | Försäkringstagarens underskrift om annan än föraren |
|-------|-----------------------------------------------------|

## Postgirokonto

Bankgirokonto

Clearingnr-Bankkonto nr .....

Redovisningsskyldig för moms ☐ Nej ☐ Ja