

Skadeanmälan - motorfordon

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

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

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

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	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:

12. OMSTÄNDIGHETER

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

A	B
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/> ←	<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** 13.

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	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:

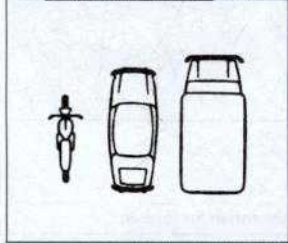
Tel. eller E-post:

Körkortsnr:

Kategori (A, B, ...):

Giltigt till:

10. Visa med pil kollisionspunkt: →



11. **Synliga skador:**

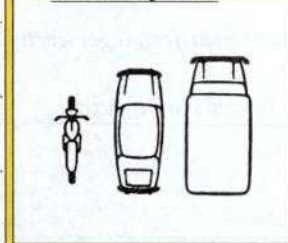
.....

.....

14. **Övriga observationer:**

.....

10. Visa med pil kollisionspunkt: →



11. **Synliga skador:**

.....

.....

14. **Övriga observationer:**

.....

15. **Förarnas underskrifter** 15.

.....

*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 laga åtgärd.

© 2011 Comité Européen Des Assurances (CEA) - Logoformat: 13334

Kompletterande uppgifter till det egna försäkringsbolaget

Ert fordon hastighet då faran upptäcktes? km/tim	Ert fordon hastighet i kollisionsögonblicket? km/tim	Gällande hastighetsbegränsning km/tim	Vägens bredd m	Uppmätt avstånd till höger väggkant vid kollisionsplatsen? m
Ungefärligt avstånd från Ert fordon till kollisionsplatsen när motpartens fordon upptäcktes? m	Väglag (t ex vått, torrt, snö, is)	Ljushöjdhöjden <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 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", polisens 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 anlitats? <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 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	

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)

Fordonstyp/ användningssätt

Ersättning önskas utbetald till:

Postgirokonto _____

Bankgirokonto _____

Clearingnr-Bankkonto nr _____

Redovisningsskyldig för moms Nej Ja