

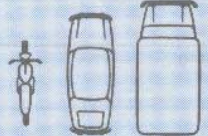

Skadeanmälan - motorfordon

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	5. Vittnen Namn, adress och telefon (stryk under passagerare i fordon A eller B)
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> *	

Fordon A	12. Omständigheter Sätt ett kryss (X) för gällande alternativ	Fordon B
6. Försäkringstagare		6. Försäkringstagare
Namn	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	Namn
Förnamn	<input type="checkbox"/>	Förnamn
Utdelningsadress	<input type="checkbox"/>	Utdelningsadress
Postnr och postanstalt	<input type="checkbox"/>	Postnr och postanstalt
Telefon 09.00-17.00 (även riktnr)	<input type="checkbox"/>	Telefon 09.00-17.00 (även riktnr)
Redovisn. skyldig för moms? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Redovisn. skyldig för moms? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Personnummer (år, mån, dag, nr)	<input type="checkbox"/>	Personnummer (år, mån, dag, nr)
7. Fordon		7. Fordon
Fabrikat och typ	<input type="checkbox"/>	Fabrikat och typ
Registreringsnummer	<input type="checkbox"/>	Registreringsnummer
Chassi-/ramnummer	<input type="checkbox"/>	Chassi-/ramnummer
Årsmodell	<input type="checkbox"/>	Årsmodell
8. Försäkringsbolag		8. Försäkringsbolag
Bolagets namn	<input type="checkbox"/>	Bolagets namn
Försäkringsnummer	<input type="checkbox"/>	Försäkringsnummer
Grönt kort nr (skada utanför Norden)	<input type="checkbox"/>	Grönt kort nr (skada utanför Norden)
Grönt kort giltigt till	<input type="checkbox"/>	Grönt kort giltigt till
Vagnskadeförsäkr./garanti Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vagnskadeförsäkr./garanti Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
9. Förare		9. Förare
Namn	<input type="checkbox"/>	Namn
Förnamn	<input type="checkbox"/>	Förnamn
Utdelningsadress	<input type="checkbox"/>	Utdelningsadress
Postnr och postanstalt	<input type="checkbox"/>	Postnr och postanstalt
Körkortsnr	<input type="checkbox"/>	Körkortsnr
Klass (A-B, . . .) Utf av	<input type="checkbox"/>	Klass (A-B, . . .) Utf av
Körkortet giltigt till	<input type="checkbox"/>	Körkortet giltigt till
10. Visa med pil kollisionspunkt	13. Skiss över händelseförloppet	10. Visa med pil kollisionspunkt
	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.	
11. Synliga skador		11. Synliga skador
14. Övriga observationer	15. Förarnas underskrifter	14. Övriga observationer
	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	

* 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! →

"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 lagåtgärder".

Copyright Comité Européen Des Assurances (CEA) 97.02. Rotafarm, 3000.000x2 ex.

Kompletterande uppgifter till det egna försäkringsbolaget

Ert fordon's hastighet då faran upptäcktes? km/tim	Ert fordon's hastighet i kollision- ögonblicket? km/tim	Gällande hastighets- begränsning km/tim	Vägens bredd m	Uppmätt avstånd till höger vägkant vid kollisionsplatsen m
Ungefärligt avstånd från Ert fordon till kollisionsplatsen när motpartens fordon upptäcktes m	Väglag (t ex vått, torrt, snö, is)	Ljushöjdhållanden <input type="checkbox"/> Dags- ljus <input type="checkbox"/> Halv- dager <input type="checkbox"/> Mörker	<input type="checkbox"/> Tänd <input type="checkbox"/> Släckt <input type="checkbox"/> Saknades	Gatu- eller vägbelysning
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 blodprov/utandningsprov tagits <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	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		Om "Ja", på vem?	
Har bärgningsföretag anlåtits? <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

Vem anser Ni har vållat olyckan och varför?

Personskador och materiella skador

Skador som det egna fordonets förare erhöll	Namn, adress och telefonnr (09.00-17.00)	Personnummer	Skadans art
Skador som det egna fordonets passagerare erhöll			
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