

# Skadeanmälan Motorfordon

Skadenummer - försäkringsbolagets notering

Vänligen texta tydligt, glöm inte underskrift

Skadedatum	Tidpunkt	Skadeplats (Län, ort, gata, väg och nr etc)	
Känner polisen till händelsen?		Om "Ja", polisen i:	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej		
Har utandningsprov tagits?	Har blodprov tagits?	Personskador?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

## Omständigheter

**Fordon A Ägaren**

Sätt ett kryss för gällande alternativ

**Fordon B Ägaren**

Namn	<input type="checkbox"/>	Stod parkerad/Stilla	<input type="checkbox"/>	Namn	
Personnummer	<input type="checkbox"/>	Lämnade parkeringsplats/ Öppnade dörr	<input type="checkbox"/>	Personnummer	
Adress	<input type="checkbox"/>	Parkerade vid trottoar/väggkant	<input type="checkbox"/>	Adress	
Postadress	<input type="checkbox"/>	Körde ut från parkeringsområde, tomt eller liknande	<input type="checkbox"/>	Postadress	
Telefon dagtid, även riktnr	<input type="checkbox"/>	Körde in till parkeringsområde, tomt eller liknande	<input type="checkbox"/>	Telefon dagtid, även riktnr	
E-post	<input type="checkbox"/>	Körde in i rondell	<input type="checkbox"/>	E-post	
Momspliktig Ja/Nej	<input type="checkbox"/>	Körde i rondell	<input type="checkbox"/>	Momspliktig Ja/Nej	
<b>Fordon</b>	<input type="checkbox"/>	Körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll	<input type="checkbox"/>	<b>Fordon</b>	
Fabrikat	<input type="checkbox"/>	Körde åt samma håll men i annan fil	<input type="checkbox"/>	Fabrikat	
Regnr	<input type="checkbox"/>	Bytte fil	<input type="checkbox"/>	Regnr	
Försäkringsnr	<input type="checkbox"/>	Körde om	<input type="checkbox"/>	Försäkringsnr	
<b>Föraren om annan än ägaren</b>	<input type="checkbox"/>	Svängde till höger	<input type="checkbox"/>	<b>Föraren om annan än ägaren</b>	
Namn	<input type="checkbox"/>	Svängde till vänster	<input type="checkbox"/>	Namn	
Personnummer	<input type="checkbox"/>	Backade	<input type="checkbox"/>	Personnummer	
Adress	<input type="checkbox"/>	Inkräktade på vägbanan reserverad för mötande trafik	<input type="checkbox"/>	Adress	
Postadress	<input type="checkbox"/>	Kom från höger (i korsning)	<input type="checkbox"/>	Postadress	
Telefon dagtid, även riktnr	<input type="checkbox"/>	Lämnade inte företräde enligt vägmärke/trafiksinal	<input type="checkbox"/>	Telefon dagtid, även riktnr	
E-post				E-post	
Om annat körkort än svenskt, bifoga kopia.			Om annat körkort än svenskt, bifoga kopia.		

## Skiss över olycksplatsen

Rita tydligt och ange gator och vägar med namn och fordonets position vid skadetillfället, fordonens färdriktning med pil, vägmärken.

Visa med pil kollisionspunkt för  
Fordon A                      Fordon B



Synliga skador på eget fordon	Synliga skador på motpartens fordon	
Underskrift av förare A	Underskrift av förare B	
Vid personskador, namn, adress och telefon, även riktnr	Personnummer	Skadans art

### Skador som t ex cyklist, fotgängare erhö

Namn, adress och telefon	Personnummer	Skadans art
--------------------------	--------------	-------------

### Materiella skador, t ex annat fordon, staket eller lyktstolpe

Namn, adress och telefon	Personnummer	Skadans art och omfattning
--------------------------	--------------	----------------------------

### Händelseförloppet

Vem anser ni vållat skadan, och varför?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### Vittne 1

Namn
Adress, postnr och ort
Telefon, även riktnr

#### Vittne 2

Namn
Adress, postnr och ort
Telefon, även riktnr

### Kompletterande uppgifter

Ert fordonshastighet då faran upptäcktes	Ert fordonshastighet i kollisionsogonblicket	Gällande hastighetsbegränsning	Avstånd till höger vägkant vid kollisionplatsen	Vägens bredd, m
Ungefärligt avstånd från ert fordon till kollisionplatsen när motparten upptäcktes	Väglag? (vått, torrt, snö eller is)	Ljusförhållanden? (dagsljus, halvdager, mörker)	Gatu- eller vägbelysning? (tänd, släckt eller saknas)	
Eget fordonshastighet? (halvljus, varselljus)	Antal personer i eget fordon	Finns trafiksignaler? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Trafiksignaler i funktion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har skadan uppkommit vid tävlan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

### Underskrift

Datum och underskrift av föraren	Datum och underskrift av försäkringstagaren
----------------------------------	---

Underskrifterna ger även folksam fullmakt att beställa eventuell polisrapport