

Skadeanmälan Motorfordon

Flera fordon


Ärendenr (fylls i av bolaget)

Skadedatum	Tidpunkt	Skadeplats (län, ort, gata, väg etc.)		
Är polisen informerad? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, polisen i:	Resultat av utandningsprov <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Ej tagits	Har blodprov tagits? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Uppstod personskada? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

OMSTÄNDIGHETER

FORDON A	Kryssa för det gällande alternativet	FORDON B
Ägarens namn	<input type="checkbox"/> Stod parkerad/Stod stilla <input type="checkbox"/>	Ägarens namn
Person-/Organisationsnummer	<input type="checkbox"/> Lämnade parkeringsplats/ Öppnade dörr <input type="checkbox"/>	Person-/Organisationsnummer
Postadress	<input type="checkbox"/> Parkerade vid trottoar/väggkant <input type="checkbox"/>	Postadress
Postnummer och ort	<input type="checkbox"/> Körde ut från parkeringsområde, tomt eller liknande <input type="checkbox"/>	Postnummer och ort
Telefon dagtid (inkl riktnr)	<input type="checkbox"/> Körde in till parkeringsområde, tomt eller liknande <input type="checkbox"/>	Telefon dagtid (inkl riktnr)
E-postadress	<input type="checkbox"/> Körde in i rondell <input type="checkbox"/>	E-postadress
Försäkringsbolag Länsförsäkringar	<input type="checkbox"/> Körde i rondell <input type="checkbox"/>	Försäkringsbolag
Avdragsrätt för moms <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll <input type="checkbox"/>	Avdragsrätt för moms <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Fordonets registreringsnummer	<input type="checkbox"/> Körde åt samma håll Men i annan fil <input type="checkbox"/>	Fordonets registreringsnummer
Fabrikat och modell	<input type="checkbox"/> Bytte fil <input type="checkbox"/>	Fabrikat och modell
Försäkringsnummer	<input type="checkbox"/> Körde om <input type="checkbox"/>	Försäkringsnummer
Förarens namn (om annan än ägaren)	<input type="checkbox"/> Svängde höger <input type="checkbox"/>	Förarens namn (om annan än ägaren)
Personnummer	<input type="checkbox"/> Svängde vänster <input type="checkbox"/>	Personnummer
Postadress	<input type="checkbox"/> Backade <input type="checkbox"/>	Postadress
Postnummer och ort	<input type="checkbox"/> Inkräktade på vägbana reserverad för mötande trafik <input type="checkbox"/>	Postnummer och ort
Telefon dagtid (inkl riktnr)	<input type="checkbox"/> Kom från höger i korsning <input type="checkbox"/>	Telefon dagtid (inkl riktnr)
E-postadress	<input type="checkbox"/> Lämnade inte företräde enligt vägmärke/trafiksinal <input type="checkbox"/>	E-postadress
<small>Om annat körkort än svenskt, bifoga kopia. Gäller skadan EU-moped, bifoga kopia av förarbeviset.</small>		<small>Om annat körkort än svenskt, bifoga kopia. Gäller skadan EU-moped, bifoga kopia av förarbeviset.</small>

SKISS ÖVER OLYCKSPLATSEN (Beskriv händelseförloppet på nästa sida)

Visa kollisionspunkt med pil <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>A</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>B</p> </div> </div>	Rita tydligt och ange: gator och vägar med namn, fordonens placering vid kollisionstillfället, färdriktning med pil, vägmärken etc. <div style="border: 1px dashed gray; height: 150px; width: 100%;"></div>
Synliga skador på fordon A	Synliga skador på fordon B

UNDERSKRIFT AV FÖRARNA

Underskrift av förare A	Underskrift av förare B
-------------------------	-------------------------

Vänd!

Denna baksida fylls i av en försäkringstagare och förare

HÄNDELSEFÖRLOPP

Vem anser du är vållande till olyckan och varför

KOMPLETTERANDE UPPGIFTER

Fordons hastighet då faran upptäcktes Km/tim	Fordonets hastighet i kollisionsogonblicket Km/tim	Gällande hastighetsbegränsning Km/tim	Vägens bredd i meter	Väglag <input type="checkbox"/> Torrt <input type="checkbox"/> Vått <input type="checkbox"/> Snö <input type="checkbox"/> Is
Ljusförhållanden <input type="checkbox"/> Dagsljus <input type="checkbox"/> Skymning <input type="checkbox"/> Mörker	Gatu- och vägbelysning <input type="checkbox"/> Tänd <input type="checkbox"/> Släckt <input type="checkbox"/> Saknas		Fordonets belysning <input type="checkbox"/> Helljus <input type="checkbox"/> Halvljus <input type="checkbox"/> Varselljus	
Avstånd från ditt fordon till kollisionspunkten när motparten upptäcktes meter		Fordonets avstånd till höger väggkant vid kollisionspunkten meter		Antal personer som färdades i ditt fordon
Finns fordonet på verkstad. Om ja, vilken <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				Anlitas bärgare <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

VITTNEN

Vittne 1 – namn		Vittne 2 – namn	
Postadress		Postadress	
Postnr och ort		Postnr och ort	
Telefon dagtid (inkl riktnr)	Mobiltelefon	Telefon dagtid (inkl riktnr)	Mobiltelefon
E-postadress		E-postadress	

PERSONSKADOR

Person 1 –namn	Personnummer	Skadans art
Person 2 – namn	Personnummer	Skadans art

MATERIELLA SKADOR utöver angivna fordon (ex. släpvagn, staket, lyktstolpe etc.)

Ägarens namn	Telefon dagtid (inkl riktnr)	Postadress
Skadans art och omfattning		Postnr och ort

UNDERSKRIFTERNA ger Länsförsäkringar fullmakt att beställa eventuell polisrapport

Ort och datum	Ort och datum	
Förarens underskrift	Försäkringstagarens underskrift	
Bankkonto dit eventuell ersättning kan betalas	Bank	Kontonummer inkl clearingnr

Sänd in din anmälan snarast möjligt