

1. Skadedatum	Klockan	2. Skadeplats:	Län, ort, gata, väg, väg nr etc.	5. Personskador
		Land		Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

4. Materiella skador (notera på baksidan)

På annat fordon än A och B	På annat föremål än fordon
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	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	SLÅP
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.	↓
A	* Stryk det som inte är tillämpligt.	B
<input type="checkbox"/> 1	stod parkerad/stannade *	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	lämnade parkeringsplats/öppnade dörr *	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	parkerade vid trottoar-väggkant	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	körde ut från parkeringsområde, tomt, äga eller liknande	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	körde in till parkeringsområde, tomt, äga eller liknande	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	körde in i rondell	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	körde i rondell	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	körde åt samma håll men i annan fil	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	byte fil	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	körde om	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	svängde till höger	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13	svängde till vänster	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14	backade	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15	inkräktade på vägbanan reserverad för mötande trafik	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	kom från höger (korsning)	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	lämnade inte företräde enligt vägmärke/trafiksinal	<input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/> ←	Ange antalet kryss som Ni markerat	→ <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	SLÅP
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. Förarnas underskrifter **15.**

10. Visa med pil kollisionspunkt: →

11. Synliga skador:

14. Övriga observationer:

A

B

