

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

Sätt ett kryss för gällande alternativ

Fordon A Ägaren

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	
Fordon	<input type="checkbox"/>	Körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll	<input type="checkbox"/>	Fordon	
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	
Föraren om annan än ägaren	<input type="checkbox"/>	Svängde till höger	<input type="checkbox"/>	Föraren om annan än ägaren	
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 erhöill

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 kollisionsoögonblicket	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?	Trafiksignaler i funktion?	Har skadan uppkommit vid tävlan?
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<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