



# SKADEANMÄLAN – TRAFIK- OCH BILSKADA



1. Skadedatum \_\_\_\_\_ Klockslag \_\_\_\_\_

2. Skadeplats: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

3. Personskador

nej  ja

4. Materiella skador

På andra fordon än A och B  på annat än fordon

nej  ja  nej  ja

5. Vittnen: namn, adress, telefon

.....

.....

.....

## FORDON A

6. Försäringstagare (se förs.bevis)

EFTERNAMN: .....

Förnamn: .....

Utdelningsadress: .....

Postnr och postanstalt: ..... Land: .....

Tel. eller e-post: .....

7. Fordon

FORDON	SLÄPVAGN
Fabrikat och typ .....	.....
Registreringstecken .....	Registreringstecken .....
Registreringsland .....	Registreringsland .....

8. Försäkringsbolag (se förs.bevis)

BOLAGETS NAMN: .....

Försäkringsnummer: .....

Grönt kort nr: .....

Grönt kort eller försäkringsbevis giltigt till .....

Agentur (eller byrå eller mäklare): .....

NAMN: .....

Adress: .....

..... Land: .....

Tel. eller e-post: .....

Vagnskadeförsäkring (kasko)?

nej  ja

9. Förare (se körkort)

EFTERNAMN: .....

Förnamn: .....

Födelseid: .....

Adress: .....

..... Land: .....

Tel. eller e-post: .....

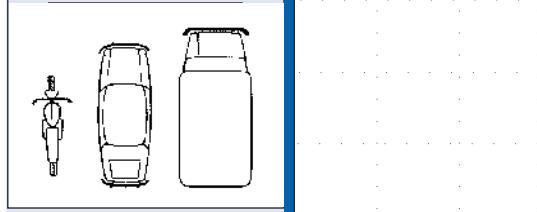
Körkort nr: .....

Klass (A, B, ...): .....

Körkortet giltigt till: .....

10. Visa med pil kollisionspunkt på fordon A

→



11. Synliga skador på fordon A:

.....

.....

.....

14. Övriga observationer:

.....

.....

.....

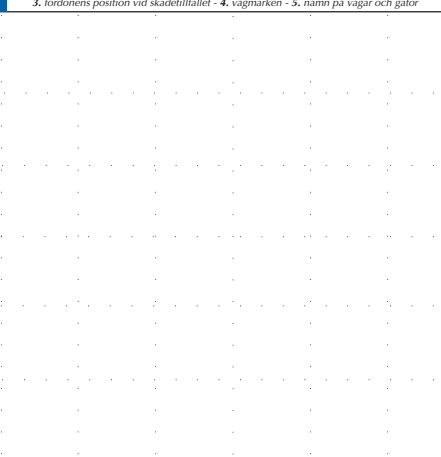
## 12. OMSTÄNDIGHETER

↓ Sätt ett kryss (X) för gällande alternativ ↓

<p><b>A</b></p> <p><i>* stryk det obehövliga</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1 * parkerad/stod stilla</p> <p><input type="checkbox"/> 2 * föraren startade/öppnade dörren</p> <p><input type="checkbox"/> 3 parkerade</p> <p><input type="checkbox"/> 4 körde ut från parkeringsområde, tomt, enskild väg el. dyl.</p> <p><input type="checkbox"/> 5 körde in till parkeringsområde, tomt, enskild väg el. dyl.</p> <p><input type="checkbox"/> 6 körde in i rondell</p> <p><input type="checkbox"/> 7 körde i rondell</p> <p><input type="checkbox"/> 8 körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll</p> <p><input type="checkbox"/> 9 körde åt samma håll men i annan fil</p> <p><input type="checkbox"/> 10 bytte fil</p> <p><input type="checkbox"/> 11 körde om</p> <p><input type="checkbox"/> 12 svängde till höger</p> <p><input type="checkbox"/> 13 svängde till vänster</p> <p><input type="checkbox"/> 14 backade</p> <p><input type="checkbox"/> 15 inkräktade på vägbanan för mötande trafik</p> <p><input type="checkbox"/> 16 kom från höger (i korsning)</p> <p><input type="checkbox"/> 17 lämnade inte företräde enligt vägmärken eller trafikljus</p> <p><input type="checkbox"/> ← Ange antal kryss som ni markerat → <input type="checkbox"/></p>	<p><b>B</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p> <p><input type="checkbox"/> 4</p> <p><input type="checkbox"/> 5</p> <p><input type="checkbox"/> 6</p> <p><input type="checkbox"/> 7</p> <p><input type="checkbox"/> 8</p> <p><input type="checkbox"/> 9</p> <p><input type="checkbox"/> 10</p> <p><input type="checkbox"/> 11</p> <p><input type="checkbox"/> 12</p> <p><input type="checkbox"/> 13</p> <p><input type="checkbox"/> 14</p> <p><input type="checkbox"/> 15</p> <p><input type="checkbox"/> 16</p> <p><input type="checkbox"/> 17</p>
--	---

Skall undertecknas av båda förarna  
Ej erkännande av skuld, endast uppgifter om händelsen för snabb behandling av ärendet

13. Skiss över händelseförloppet



15. Förarnas underskrifter

.....

.....

.....

## FORDON B

6. Försäringstagare (se förs.bevis)

EFTERNAMN: .....

Förnamn: .....

Utdelningsadress: .....

Postnr och postanstalt: ..... Land: .....

Tel. eller e-post: .....

7. Fordon

FORDON	SLÄPVAGN
Fabrikat och typ .....	.....
Registreringstecken .....	Registreringstecken .....
Registreringsland .....	Registreringsland .....

8. Försäkringsbolag (se förs.bevis)

BOLAGETS NAMN: .....

Försäkringsnummer: .....

Grönt kort nr: .....

Grönt kort eller försäkringsbevis giltigt till .....

Agentur (eller byrå eller mäklare): .....

NAMN: .....

Adress: .....

..... Land: .....

Tel. eller e-post: .....

Vagnskadeförsäkring (kasko)?

nej  ja

9. Förare (se körkort)

EFTERNAMN: .....

Förnamn: .....

Födelseid: .....

Adress: .....

..... Land: .....

Tel. eller e-post: .....

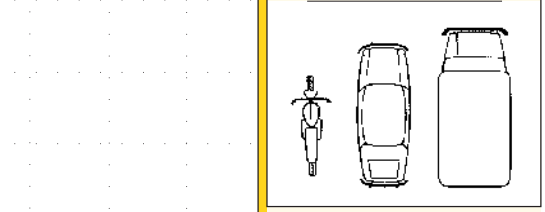
Körkort nr: .....

Klass (A, B, ...): .....

Körkortet giltigt till: .....

10. Visa med pil kollisionspunkt på fordon B

→



11. Synliga skador på fordon B:

.....

.....

.....

14. Övriga observationer:

.....

.....

.....

# Kompletterande uppgifter till det egna försäkringsbolaget

FORDON A	Väg som fordonet använde							Väg nr
	<input type="checkbox"/> 1 Gata eller motsv.	<input type="checkbox"/> 2 Motorväg	<input type="checkbox"/> 3 Huvudväg	<input type="checkbox"/> 4 Annan allm. väg	<input type="checkbox"/> 5 Enskild väg	<input type="checkbox"/> 6 Privat område	<input type="checkbox"/> 7 Annan väg eller annat område	
	Hastighetsbegränsning km/h	Körhastighet då faran upptäcktes km/h	Fordonets belysning då faran upptäcktes				Bruk	
		<input type="checkbox"/> 1 Helljus	<input type="checkbox"/> 2 varselljus	<input type="checkbox"/> 3 Parkeringsljus	<input type="checkbox"/> 4 Ingen belysning	<input type="checkbox"/> Lovligt	<input type="checkbox"/> Olovligt	
Ägandeförhållande föraren i ägarens/ innehavarens tjänst		Hade fordonet släpvagn		Släpvnagnens reg.nr	Släpvnagnens försäkringsbolag			
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej					
FORDON B	Väg som fordonet använde							Väg nr
	<input type="checkbox"/> 1 Gata eller motsv.	<input type="checkbox"/> 2 Motorväg	<input type="checkbox"/> 3 Huvudväg	<input type="checkbox"/> 4 Annan allm. väg	<input type="checkbox"/> 5 Enskild väg	<input type="checkbox"/> 6 Privat område	<input type="checkbox"/> 7 Annan väg eller annat område	
	Hastighetsbegränsning km/h	Körhastighet då faran upptäcktes km/h	Fordonets belysning då faran upptäcktes				Bruk	
		<input type="checkbox"/> 1 Helljus	<input type="checkbox"/> 2 varselljus	<input type="checkbox"/> 3 Parkeringsljus	<input type="checkbox"/> 4 Ingen belysning	<input type="checkbox"/> Lovligt	<input type="checkbox"/> Olovligt	
Ägandeförhållande föraren i ägarens/ innehavarens tjänst		Hade fordonet släpvagn		Släpvnagnens reg.nr	Släpvnagnens försäkringsbolag			
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej					
PLATS OCH FÖRHÅLL- ANDEN	Noggrann skadeplats (korsning / gatans namn, ställe på väg / gatuadress osv.)							
								Tätort <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
	Ljusförhållanden			Väderlek		Snö eller snöblandat regn		
	<input type="checkbox"/> 1 Dagsljus	<input type="checkbox"/> 2 Halvmörker	<input type="checkbox"/> 3 Mörker, tänd vägbelysning	<input type="checkbox"/> 4 Mörker, ingen vägbelysning	<input type="checkbox"/> 1 Uppehållsväder	<input type="checkbox"/> 2 Regn	<input type="checkbox"/> 3 Snö eller snöblandat regn	<input type="checkbox"/> 4 Dimma
	Vägbeläggning			Vägens yta		Snöig, isig (sandad el. saltad)		Snöig, isig (ej sandad el. saltad)
<input type="checkbox"/> 1 Asfalt, betong	<input type="checkbox"/> 2 Oljegrus	<input type="checkbox"/> 3 Grus	<input type="checkbox"/> 4 Annan	<input type="checkbox"/> 1 Bar, torr	<input type="checkbox"/> 2 Bar, våt	<input type="checkbox"/> 3 Snöig, isig (sandad el. saltad)	<input type="checkbox"/> 4 Snöig, isig (ej sandad el. saltad)	
Olycksplats		Anslutn. fr. enskild väg		Bro eller färja		Kurva, krök		Antalet delaktiga fordon
<input type="checkbox"/> 01 Korsning m. förkörsrätt	<input type="checkbox"/> 02 el. priv. omr.	<input type="checkbox"/> 03 Annan korsning	<input type="checkbox"/> 04 Järnv. korsn. i plan	<input type="checkbox"/> 05 Bro eller färja	<input type="checkbox"/> 06 Kurva, krök	<input type="checkbox"/> 07 Backkrön		
<input type="checkbox"/> 08 Rak väg		<input type="checkbox"/> 09 Parker.plats, torg, gård, bensinstation el. motsv.		Trafikljus		Trafikljus ej i bruk		
		<input type="checkbox"/> 10 Annat område		<input type="checkbox"/> 1 Inga trafikljus	<input type="checkbox"/> 2 Trafikljus i bruk	<input type="checkbox"/> 3 Trafikljus ej i bruk		
HÄNDELSE- FÖRLOPP VID SKADAN								
Vem anser ni skyldig till olyckan?				Medger han/hon sin skuld?				
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej				
ALKOHOL	Var någon av de inblandade alkoholpåverkad?			Har blåstest gjorts eller blodprov tagits?		När?		
	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, vem			<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja		/ kl.		
POLIS- UNDER- SÖKNING	Kom polisen till platsen?		Har polisundersökning gjorts?		Polisinrättningens eller häradets namn			
	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja					
PERSON- SKADOR	Antalet skadade i fordon A	Antalet döda i fordon A	Antalet skadade i fordon B	Antalet döda i fordon B	Antalet skadade utanför fordon	Antalet döda utanför fordon		
Skadad 1	Den skadades namn							
(om flera skadade, använd separat bilaga)	Den skadades adress							
Personbeteckning		Befann sig i fordon			Skadan inträffade			
		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> annanstans			<input type="checkbox"/> 1 i arbetet <input type="checkbox"/> 2 under arbetsfärd <input type="checkbox"/> 3 under fritid			
Den skadade var				Skadans art				
<input type="checkbox"/> 1 förare <input type="checkbox"/> 2 passagerare <input type="checkbox"/> 3 cyklist <input type="checkbox"/> 4 fotgängare <input type="checkbox"/> 5 annat				<input type="checkbox"/> 1 lindriga skador <input type="checkbox"/> 2 allvariga skador <input type="checkbox"/> 3 personen avled				
Arbetsgivarens namn och adress								
ERSÄTTN. BETALAS	Till vem			Bank och kontonummer				
UNDER- SKRIFTER	Plats och datum		Försäkringstagarens underskrift			Förarens underskrift		