

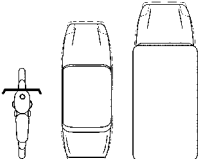
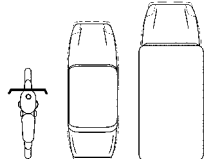


Skadedatum	Klockan	Skadeplats (Land, ort, gata, väg nr etc.)			
Personskador <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (Om "Ja" notera på sid.2)		Materiella skador (Om "Ja" notera på sid. 2) På annat fordon än A och B <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                 På annat föremål än fordon <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Vittnen (Namn, adress, telefon & mejl)					
<b>Fordon A</b>		<b>Omständigheter</b>		<b>Fordon B</b>	
<b>Försäkringstagare</b>				<b>Försäkringstagare</b>	
Förnamn		Sätt ett kryss (x) för passande alternativ.		Förnamn	
Efternamn				Efternamn	
Adress		<input type="checkbox"/> 1 Stod parkerad/Stannat		Adress	
Postnr	Ort/Land	<input type="checkbox"/> 2 Låmnade parkeringsplats		Postnr	Ort/Land
Tel eller e-post		<input type="checkbox"/> 3 Parkerade vid trottoar-väggkant		Tel eller e-post	
<input type="checkbox"/> 4 Körde ut från parkeringsområde tomt, åga eller liknande		<input type="checkbox"/> 4 Körde in från parkeringsområde tomt, åga eller liknande		<input type="checkbox"/> 4 Körde in från parkeringsområde tomt, åga eller liknande	
<b>Fordon</b>				<b>Fordon</b>	
Motor	Släp	<input type="checkbox"/> 5 Körde in i rondell		Motor	Släp
Registreringsnummer	Registreringsnummer	<input type="checkbox"/> 6 Körde i rondell		Registreringsnummer	Registreringsnummer
Fabrikat och typ	Fabrikat och typ	<input type="checkbox"/> 7 Körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll		Fabrikat och typ	Fabrikat och typ
<input type="checkbox"/> 8 Körde åt samma håll men i annan fil		<input type="checkbox"/> 8 Körde åt samma håll men i annan fil		<input type="checkbox"/> 8 Körde åt samma håll men i annan fil	
<b>Försäkringsbolag</b>				<b>Försäkringsbolag</b>	
Bolagets namn		<input type="checkbox"/> 9 Bytte fil		Bolagets namn	
Vagnskadeförsäkring/garanti <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> 10 Körde om		Vagnskadeförsäkring/garanti <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
<b>Förare (se körkort)</b>				<b>Förare (se körkort)</b>	
Förnamn		<input type="checkbox"/> 11 Svängde till höger		Förnamn	
Efternamn		<input type="checkbox"/> 12 Svängde till vänster		Efternamn	
Personnummer		<input type="checkbox"/> 13 Backade		Personnummer	
Adress		<input type="checkbox"/> 14 Inkräktade på vägbanan reserverad för mötande trafik		Adress	
Postnr	Ort/Land	<input type="checkbox"/> 15 Kom från höger (korsning)		Postnr	Ort/Land
Tel eller e-post		<input type="checkbox"/> 16 Låmnade inte företräde enligt vägmärke/trafiksignal		Tel eller e-post	
<input type="checkbox"/> 17 Ange antal kryss ni markerat		<input type="checkbox"/> 17 Ange antal kryss ni markerat		<input type="checkbox"/> 17 Ange antal kryss ni markerat	
Gällande svenskt körkort <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<b>Måste signeras av båda förarna</b> -ej erkännande av skuld - endast uppgifter om händelsen för snabb behandling av ärendet		Gällande svenskt körkort <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Gällande utländskt körkort (Om "Ja" bifoga kopia) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<b>Skiss över olycksplatsen</b> Rita tydligt och ange gator och vägar med namn • fordonens position vid skadetillfället • fordonets färdriktning med pil • trafikmärken		Gällande utländskt körkort (Om "Ja" bifoga kopia) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<b>Visa med pil kollisionspunkt</b>		Eget fordon 1  Motpartens fordon 2 		<b>Visa med pil kollisionspunkt</b>	
					
Synliga skador				Synliga skador	
Övriga observationer				Övriga observationer	
<b>A</b>		<b>Förarnas underskrifter</b>		<b>B</b>	

