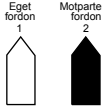
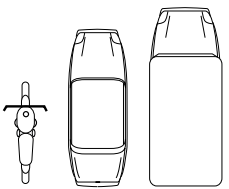


Vänligen texta tydligt

1/2

Skadenr

Skadedatum	Klockan	Skadeplats (Land, ort, gata, väg nr etc.)
Personskador <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (Om "Ja" notera på sida 2)		Materiella skador (Om "Ja" notera på sida 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 och telefon)		

Fordon A		Omständigheter		Fordon B		
Försäringstagare		↓ A	Sätt ett kryss (X) för passande alternativ.	↓ B	Försäringstagare	
Förnamn		<input type="checkbox"/> 1	Stod parkerad/Stannat	<input type="checkbox"/> 1	Förnamn	
Efternamn		<input type="checkbox"/> 2	Lämnade parkeringsplats	<input type="checkbox"/> 2	Efternamn	
Adress		<input type="checkbox"/> 3	Parkerade vid trottoar-väggkant	<input type="checkbox"/> 3	Adress	
Postnr	Ort/Land	<input type="checkbox"/> 4	Körde ut från parkeringsområde, tomt, äga eller liknande	<input type="checkbox"/> 4	Postnr	Ort/Land
Tel eller e-post		<input type="checkbox"/> 5	Körde in från parkeringsområde, tomt, äga eller liknande	<input type="checkbox"/> 5	Tel eller e-post	
Fordon		<input type="checkbox"/> 6	Körde in i rondell	<input type="checkbox"/> 6	Fordon	
MOTOR	SLÄP	<input type="checkbox"/> 7	Körde i rondell	<input type="checkbox"/> 7	MOTOR	SLÄP
Registreringsnummer	Registreringsnummer	<input type="checkbox"/> 8	Körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll	<input type="checkbox"/> 8	Registreringsnummer	Registreringsnummer
Fabrikat och typ	Fabrikat och typ	<input type="checkbox"/> 9	Körde åt samma håll men i annan fil	<input type="checkbox"/> 9	Fabrikat och typ	Fabrikat och typ
Försäkringsbolag		<input type="checkbox"/> 10	Bytte fil	<input type="checkbox"/> 10	Försäkringsbolag	
Bolagets namn		<input type="checkbox"/> 11	Körde om	<input type="checkbox"/> 11	Bolagets namn	
Vagnskadeförsäkring/garanti		<input type="checkbox"/> 12	Körde till höger	<input type="checkbox"/> 12	Vagnskadeförsäkring/garanti	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> 13	Körde till vänster	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Förare (se körkort)		<input type="checkbox"/> 14	Backade	<input type="checkbox"/> 14	Förare (se körkort)	
Förnamn		<input type="checkbox"/> 15	Inkräktade på vägbanan reserverad för mötande trafik	<input type="checkbox"/> 15	Förnamn	
Efternamn		<input type="checkbox"/> 16	Kom från höger (korsning)	<input type="checkbox"/> 16	Efternamn	
Personnr		<input type="checkbox"/> 17	Lämnade inte företräde enligt vägmärke/trafiksIGNAL	<input type="checkbox"/> 17	Personnr	
Adress		<input type="checkbox"/> Ange antalet kryss ni markerat		Adress		
Postnr		Måste signeras av båda förarna -ej erkännande av skuld - endast uppgifter om händelsen, för snabb behandling av ärendet				
Ort/Land		Skiss över olycksplatsen		Ort/Land		
Tel eller e-post		Rita tydligt och ange - gator o vägar med namn - fordonens position vid skadetilfallet - fordonets färdriktning med pil - trafikmärken		Tel eller e-post		
Gällande svenskt körkort		Eget fordon 1 Motpartens fordon 2		Gällande svenskt körkort		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Gällande utländskt körkort (Om "JA" bifoga kopia)		Visa med pil kollisionspunkt		Gällande utländskt körkort (Om "JA" bifoga kopia)		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Synliga skador		Förarnas underskrifter		Synliga skador		
		A	B			
Övriga observationer				Övriga observationer		

