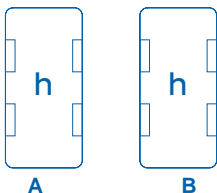


Skadedatum	Tidpunkt	Skadeplats (län, ort, gata, väg etc)
Är polisen informerad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", polisen i:	Resultat av utandningsprov <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Ej tagits
		Har blodprov tagits? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
		Uppstod personskada <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Fordon A		Omständigheter	Fordon B	
		Kryssa i gällande alternativ		
Ägarens namn	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Stod parkerad/Stilla	<input type="checkbox"/> B	Ägarens namn
Person- eller organisationsnummer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lämnade parkeringsplats/ Öppnade dörr	<input type="checkbox"/>	Person- eller organisationsnummer
Adress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parkerade vid trottoar/ vägkant	<input type="checkbox"/>	Adress
Postadress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Körde ut från parkeringsom-/ råde, tomt eller liknande	<input type="checkbox"/>	Postadress
Telefon dagtid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Körde in till parkeringsom-/ råde, tomt eller liknande	<input type="checkbox"/>	Telefon dagtid
E-post	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Körde in i rondell	<input type="checkbox"/>	E-post
Bankkontonummer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Körde i rondell	<input type="checkbox"/>	Bankkontonummer
Momspliktig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll	<input type="checkbox"/>	Momspliktig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Fordonets registreringsnummer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Körde åt samma håll, men i annan fil	<input type="checkbox"/>	Fordonets registreringsnummer
Fabrikat/modell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bytte fil	<input type="checkbox"/>	Fabrikat/modell
Försäkringsnummer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Körde om	<input type="checkbox"/>	Försäkringsnummer
Förarens namn (om annan än ägaren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Svängde höger	<input type="checkbox"/>	Förarens namn (om annan än ägaren)
Personnummer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Svängde vänster	<input type="checkbox"/>	Personnummer
Adress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Backade	<input type="checkbox"/>	Adress
Postadress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inkräktade på vägbana reserverad för mötande trafik	<input type="checkbox"/>	Postadress
Telefon dagtid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kom från höger i korsning	<input type="checkbox"/>	Telefon dagtid
E-post	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lämnade inte företräde enligt vägmärke/trafiksinal	<input type="checkbox"/>	E-post
Om annat körkort än svenskt, bifoga kopia. Gäller skadan EU-moped, bifoga kopia på förarbevis.			Om annat körkort än svenskt, bifoga kopia. Gäller skadan EU-moped, bifoga kopia på förarbevis.	

**Skiss över olycksplatsen** (beskriv händelseförloppet på nästa sida)

Visa kollisionspunkten med pil 	Rita tydligt och ange gator och vägar med namn, fordonets position vid skadetillfället, färdriktning med pil, vägmärken. Ange gärna om någon av förarna körde på huvudled.
---	---

**Underskrift förare A**
 Namnteckning

**Underskrift förare B**
 Namnteckning

## Händelseförlopp (texta tydligt)

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Vem anser ni vara vållande och varför? <hr/> <hr/>

## Kompletterande uppgifter

Ert fordonets hastighet då faran upptäcktes km/tim	Fordonets hastighet vid kollisionen km/tim	Gällande hastighetsbegränsning km/tim	Vägens bredd meter
Väglag <input type="checkbox"/> Torrt <input type="checkbox"/> Vått <input type="checkbox"/> Snö <input type="checkbox"/> Is	Ljusförhållanden <input type="checkbox"/> Dagsljus <input type="checkbox"/> Skymning <input type="checkbox"/> Mörker	Gatu- eller vägbelysning <input type="checkbox"/> Tänd <input type="checkbox"/> Släckt <input type="checkbox"/> Saknas	
Fordonets belysning <input type="checkbox"/> HELLJUS <input type="checkbox"/> HALVLJUS <input type="checkbox"/> VARSPELLJUS	Avstånd från ert fordon till kollisionsplatsen när motparten upptäcktes meter	Avstånd till höger väggkant meter	Antal personer i egna fordonet
Står fordonet på verkstad? Om "Ja, vilken?" <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			Anlitades bärgare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

## Vittnen

Namn	Namn
Adress	Adress
Postadress	Postadress
Telefon (dagtid)	Telefon (dagtid)
E-post	E-post

## Personskador

Namn, adress och telefon	Personnummer	Skadans art
Namn, adress och telefon	Personnummer	Skadans art
Namn, adress och telefon	Personnummer	Skadans art

## Materiella skador, t ex annat fordon, staket, lyktstolpe etc

Ägarens namn, adress och telefon	Skadans art och omfattning
----------------------------------	----------------------------

## Underskrifter (underskrifterna ger Länsförsäkringar fullmakt att beställa eventuella polisrapporter)

Förarens underskrift	Försäkringstagarens underskrift
Ort och datum	Ort och datum

Blanketten skickas till:

E-post: