

Skadenummer – försäkringsbolagets notering

Vi hanterar din skada snabbt och smidigt

Mer information finns på www.vardia.se

Sid 1/2

Vänligen TEXTA tydligt, glöm ej underskrift.

Skadedatum	Tidpunkt	Skadeplats: (Län, ort, gata, väg, väg nr etc.)		
Känner polisen till händelsen? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om Ja, polisen i:	Har utandningsprov tagits? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Har blodprov tagits? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Personskador Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Fordon A	Omständigheter	Fordon B
Ägaren	Sätt ett X för gällande alternativ	Ägaren
Namn _____	<input type="checkbox"/> Stod parkerad / Stilla	Namn _____
Personnummer _____	<input type="checkbox"/> Lämnade parkeringsplats / Öppnade dörr	Personnummer _____
Adress _____	<input type="checkbox"/> Parkerade vid trottoar / vägkant	Adress _____
Postadress _____	<input type="checkbox"/> Körde ut ifrån parkeringsområde, tomt eller liknande	Postadress _____
Tel dagtid _____	<input type="checkbox"/> Körde in till parkeringsområde, tomt eller liknande	Tel dagtid _____
Mobilnr _____	<input type="checkbox"/> Körde in i rondell	Mobilnr _____
E-post _____	<input type="checkbox"/> Körde i rondell	E-post _____
Momspliktig (Ja/Nej) _____	<input type="checkbox"/> Körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll	Momspliktig (Ja/Nej) _____
Fordon	<input type="checkbox"/> Körde åt samma håll men i annan fil	Fordon
Fabrikat _____	<input type="checkbox"/> Bytte fil	Fabrikat _____
Regnr _____	<input type="checkbox"/> Körde om	Regnr _____
Försäkringsnr _____	<input type="checkbox"/> Svängde till höger	Försäkringsnr _____
Föraren om annan än ägaren	<input type="checkbox"/> Svängde till vänster	Föraren om annan än ägaren
Namn _____	<input type="checkbox"/> Backade	Namn _____
Personnummer _____	<input type="checkbox"/> Inkräktade på vägbanan reserverad för mötande trafik	Personnummer _____
Adress _____	<input type="checkbox"/> Kom från höger (i korsning)	Adress _____
Postadress _____	<input type="checkbox"/> Lämnade inte företräde enligt vägmärke/ trafiksignal	Postadress _____
Tel dagtid _____		Tel dagtid _____
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, fordonens position vid skadetillfället, fordonens färdriktning med pil, vägmärken

Visa med pil kollisionspunkt:

Fordon A Fordon B

Synliga skador på eget fordon: _____ Synliga skador på motpartens fordon: _____

Förarnas underskrifter	Underskrift förare A	Underskrift förare B	
Personskador	Namn, adress och telefon	Personnummer	Skadans art

Skador som t ex cyklist, fotgängare erhö

Namn, adress och telefon

Personnummer

Skadans art

Materiella skador, t ex annat fordon, staket, lyktstolpe

Namn, adress och telefon

Personnummer

Skadans art och omfattning

Händelseförloppet (Vg texta tydligt)

Vem anser ni vållat skadan, och varför?

Vittne 1

Namn

Adress

Postnr & Ort

Telefon

Vittne 2

Namn

Adress

Postnr & Ort

Telefon

Kompletterande uppgifterErt fordon's hastighet då
faran upptäcktes:Ert fordon's hastighet i
kollisionsögonblicket:Gällande
hastighetsbegränsning:Avstånd till höger vägkant
vid kollisionsplatsen:

Vägens bredd i meter:

Ungefärligt avstånd från ert fordon till
kollisionsplatsen när motparten upptäcktes

Väglag? (vått, torrt, snö, is)

Ljusförhållanden: (dagsljus,
halvdager, mörker)Gatu- eller vägbelysning:
(tänd, släckt, saknas)Eget fordon's belysning:
(halvljus, varselljus)Antal personer i eget
fordon:

Finns trafiksignaler?

Om Ja, i funktion? (ja, nej)

Har skadan uppkommit vid
tävlan? (ja, nej)**Underskrifterna ger även Vardia Försäkring fullmakt att beställa eventuell polisrapport.****Underskrift**

Förarens underskrift

Försäkringstagarens underskrift

Datum

Underskrift

Datum

Underskrift

Skadeanmälan skickas in via e-post eller postE-post: motorskadador@vardia.se

Adress: Skador, Vardia Försäkring, FE 50361, 832 82 Frösön