

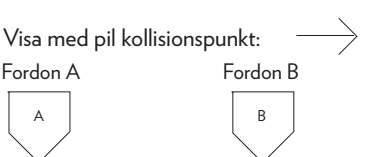
Skadenummer – försäkringsbolagets notering

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
	Sätt ett X för gällande alternativ	
<b>Ägaren</b>		<b>Ägaren</b>
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) _____
<b>Fordon</b>	<input type="checkbox"/> Körde åt samma håll men i annan fil	<b>Fordon</b>
Fabrikat _____	<input type="checkbox"/> Bytte fil	Fabrikat _____
Regnr _____	<input type="checkbox"/> Körde om	Regnr _____
Försäkringsnr _____	<input type="checkbox"/> Svängde till höger	Försäkringsnr _____
<b>Föraren om annan än ägaren</b>	<input type="checkbox"/> Svängde till vänster	<b>Föraren om annan än ägaren</b>
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

<b>Skiss över olycksplatsen</b>	Rita tydligt och ange; gator och vägar med namn, fordonens position vid skadetillfället, fordonens färdriktning med pil, vägmärken		
<p>Visa med pil kollisionspunkt: →</p> <p>Fordon A      Fordon B</p> 			
Synliga skador på eget fordon:	Synliga skador på motpartens fordon:		
<b>Förarnas underskrifter</b>	Underskrift förare A	Underskrift förare B	
<b>Personskador</b>	Namn, adress och telefon	Personnummer	Skadans art

**Skador som t ex cyklist, fotgängare erhöll**

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

Telefon

Postnr &amp; Ort

**Vittne 2**

Namn

Adress

Telefon

Postnr &amp; Ort

**Kompletterande uppgifter**Ert 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)

Med denna skadeanmälan garanterar du att samtliga lämnade uppgifter är sanningsenliga.

**Underskrift**

Förarens underskrift

Försäkringstagarens underskrift

Datum

Underskrift

Datum

Underskrift

Underskrifterna ger även Vardia Försäkring fullmakt att beställa eventuell polisrapport.

**Skadeanmälan skickas in via e-post eller post**E-post: [motorskador@vardia.se](mailto:motorskador@vardia.se)

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