

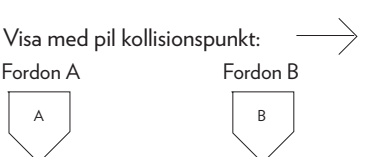
Skadenummer – försäkringsbolagets notering

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	
Ägaren		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		
<p>Visa med pil kollisionspunkt: →</p> <p>Fordon A Fordon B</p> 			
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 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 & Ort

Vittne 2

Namn

Adress

Telefon

Postnr & Ort

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)

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: vardiaskador@gjensidige.se

Adress: Vardia

c/o Gjensidige Försäkring

Box 4430

203 15 Malmö