



1. Skadedatum	Klockan	2. Skadeplats: Land	Län, ort, gata, väg nr, etc.	3. Personskador Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
4. Materiella skador (notera på baksidan) På annat fordon än A och B På annat föremål än fordon		5. Vittnen Namn, adress och telefon (stryk under passagerare i fordon A eller B)		

FORDON A		12. OMSTÄNDIGHETER	FORDON B	
6. Försäkringstagare Namn		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>↓ A</p> <p><input type="checkbox"/> 1 stod parkerad/stannade*</p> <p><input type="checkbox"/> 2 lämnade parkeringsplats/ öppnade dörr*</p> <p><input type="checkbox"/> 3 parkerade vid trottoar-väggkant</p> <p><input type="checkbox"/> 4 körde ut från parkeringsområde, tomt, äga eller liknande</p> <p><input type="checkbox"/> 5 körde in till parkeringsområde, tomt, äga eller liknande</p> <p><input type="checkbox"/> 6 körde in i rondell</p> <p><input type="checkbox"/> 7 körde i rondell</p> <p><input type="checkbox"/> 8 körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll</p> <p><input type="checkbox"/> 9 körde åt samma håll men i annan fil</p> <p><input type="checkbox"/> 10 bytte fil</p> <p><input type="checkbox"/> 11 körde om</p> <p><input type="checkbox"/> 12 svängde till höger</p> <p><input type="checkbox"/> 13 svängde till vänster</p> <p><input type="checkbox"/> 14 backade</p> <p><input type="checkbox"/> 15 inkräktade på vägbanan reserverad för mötande trafik</p> <p><input type="checkbox"/> 16 kom från höger (korsning)</p> <p><input type="checkbox"/> 17 lämnade inte företräde enligt vägmärke/trafiksinal</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>↓ B</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p> <p><input type="checkbox"/> 4</p> <p><input type="checkbox"/> 5</p> <p><input type="checkbox"/> 6</p> <p><input type="checkbox"/> 7</p> <p><input type="checkbox"/> 8</p> <p><input type="checkbox"/> 9</p> <p><input type="checkbox"/> 10</p> <p><input type="checkbox"/> 11</p> <p><input type="checkbox"/> 12</p> <p><input type="checkbox"/> 13</p> <p><input type="checkbox"/> 14</p> <p><input type="checkbox"/> 15</p> <p><input type="checkbox"/> 16</p> <p><input type="checkbox"/> 17</p> </div> </div>	6. Försäkringstagare Namn	
Adress			Adress	
Postadress			Postadress	
Tel. eller e-post			Tel. eller e-post	
7. Fordon			7. Fordon	
MOTOR	SLÄP		MOTOR	SLÄP
Fabrikat och typ	Registreringsnummer		Fabrikat och typ	Registreringsnummer
Registreringsnummer			Registreringsnummer	
Registreringsland			Registreringsland	
8. Försäkringsbolag Bolagets namn			8. Försäkringsbolag Bolagets namn	
Försäkringsnr			Försäkringsnr	
Grönt kort nr			Grönt kort nr	
Giltighetstid för försäkringsbevis eller Grönt kort			Giltighetstid för försäkringsbevis eller Grönt kort	
Från	Till		Från	Till
Försäkringsmäklare			Försäkringsmäklare	
Adress			Adress	
Ort/Land			Ort/Land	
Tel. eller e-post		Tel. eller e-post		
Vagnskadeförsäkr./garanti: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		Vagnskadeförsäkr./garanti: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
9. Förare Namn		9. Förare Namn		
Personnummer		Personnummer		
Adress		Adress		
Postadress		Postadress		
Tel. eller e-post		Tel. eller e-post		
Körkortsnr	Kategori (A, B, ...)	Körkortsnr	Kategori (A, B, ...)	
Giltigt till		Giltigt till		

← **Ange antalet kryss som Ni markerat** →

Mäster signerar av båda förarna
 – ej erkännande av skuld – endast uppgifter om händelsen, för snabb behandling av ärendet

13. Skiss över händelseförloppet
 Rita och ange: 1. Vägarnas sträckning. –
 2. Fordonen A:s och B:s färdriktning. –
 3. Fordonets position vid skadetillfället. –
 4. Vägmärken. – 5. Namn på vägar, gator.

10. Visa med pil kollisionspunkt →		10. Visa med pil kollisionspunkt →
		
11. Synliga skador		11. Synliga skador

14. Övriga observationer	15. Förarnas underskrifter	14. Övriga observationer
	A	B

