

Vänligen texta tydligt

*Obligatoriska fält

Skadedatum*	Klockslag*	Skadeplats* (ev. korsning, gata, gatunummer, platsens namn)	
Polis på plats* <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, polisen i:	Har utandningsprov tagits på föraren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har blodprov tagits på föraren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Personskador* <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är fordonet bärgat <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, hur var utandningsprovet? <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt	Om ja, hur var blodprovet? <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt

FORDONSÄGARES UPPGIFTER OCH OMSTÄNDIGHETER VID SKADA

Eget fordon	Omständigheter	Motpartens fordon
Ägarens namn	<input type="checkbox"/> Stod stilla/Parkerad	Ägarens namn
Personnummer*	<input type="checkbox"/> Lämnade parkeringsplats/Öppnade bildörr	Personnummer*
Adress	<input type="checkbox"/> Parkerade vid trottoar/Väggkant	Adress
Postnummer	<input type="checkbox"/> Körde ut från parkeringsområde, tomt eller liknande	Postnummer
Postort & Land		Postort & Land
Telefonnummer*	<input type="checkbox"/> Körde in till parkeringsområde, tomt eller liknande	Telefonnummer*
E-postadress		E-postadress
Momsplikt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Körde in i rondell	Momsplikt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Fordon (Fabrikat & Modell)	<input type="checkbox"/> Körde i rondell	Fordon (Fabrikat & Modell)
Reg.nr*	<input type="checkbox"/> Körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll	Reg.nr*
Försäkringsbolag	<input type="checkbox"/> Körde åt samma håll men i annan fil	Försäkringsbolag
Förare (För & Efternamn)	<input type="checkbox"/> Bytte fil	Förare (För & Efternamn)
Personnummer*	<input type="checkbox"/> Körde om	Personnummer*
Gatuadress	<input type="checkbox"/> Svängde till höger	Gatuadress
Postnummer	<input type="checkbox"/> Svängde till vänster	Postnummer
Postort & Land	<input type="checkbox"/> Backade	Postort & Land
Telefon*	<input type="checkbox"/> Inkräktade på vägbanan reserverad för mötande trafik	Telefon*
E-postadress	<input type="checkbox"/> Kom från höger (i korsning)	E-postadress
Gällande svenskt körkort* <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej **	<input type="checkbox"/> Lämnade inte företräde enligt vägmärke/trafiksinal	Gällande svenskt körkort* <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej **
** Bifoga kopia på utländskt körkort		** Bifoga kopia på utländskt körkort

SKADOR OCH HÄNDELSEFÖRLOPP

Markera med en pil var på fordonet kollisionen inträffade*		Skiss över händelseförloppet* (Rita tydligt och ange gatunamn, fordonets placering och färdriktning vid skadetillfället samt trafikmärken. Ange eget fordon som A och motpartens fordon som B.)
Fordon A	Fordon B	
Skriv ned vilka skador fordonet fick*		
Fordon A	Fordon B	

UNDERSKRIFT FÖRARE I EGET FORDON

Underskrift förare fordon A		Underskrift förare fordon B	
Namnförtydligande	Datum	Namnförtydligande	Datum

Underskrifterna ger även försäkringsbolaget fullmakt att beställa eventuell polisrapport samt övrig utredning i ärendet.

BESKRIV HÄNDELSEFÖRLOPPET*

Vem anser ni vållat skadan och varför?

VITTNE

Namn	Namn
Adress, Postnummer & Ort	Adress, Postnummer & Ort
Telefon	Telefon

KOMPLETTERANDE UPPGIFTER

Ert fordon's hastighet då faran upptäcktes Km/h	Ert fordon's hastighet i kollisionsogonblicket Km/h	Gällande hastighetsbegränsning Km/h	Avstånd till höger vägkant m	Vägens bredd m
Ungefärligt avstånd från ert fordon till kollisionplatsen när motparten upptäcktes m		Väglag <input type="checkbox"/> Vått <input type="checkbox"/> Torrt <input type="checkbox"/> Is <input type="checkbox"/> Snö	Ljuförhållanden <input type="checkbox"/> Dagsljus <input type="checkbox"/> Halvdager <input type="checkbox"/> Mörker	Gatu- eller vägbelysning <input type="checkbox"/> Tänd <input type="checkbox"/> Släckt <input type="checkbox"/> Saknades
Belysning som varit tänd på ert egna fordon <input type="checkbox"/> Halvljus <input type="checkbox"/> Hellyjus <input type="checkbox"/> Varselljus	Antal passagerare i egna fordonet? st	Trafikljusen var i funktion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Mätarinställning km	Har skadan uppkommit vid tävlan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

PERSONSKADOR

Namn	Telefonnummer	Personnummer	Skadans art

PERSONSKADOR SOM T.EX CYKLIST ELLER FOTGÄNGARE ERHÖLL

Namn	Telefonnummer	Personnummer	Skadans art

MATERIELLA SKADOR, TILL EXEMPEL ANNAT FORDON, STAKET, LYKTSTOLPE

Namn, adress och telefon
Skadans art och omfattning

UPPGIFTER FÖR EVENTUELL UTBETALNING

Utbetalning önskas till: <input type="checkbox"/> Bankkonto <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro	Nummer – Vid bankkonto ange även ditt clearing nummer
--	---

FÖRSÄKRINGSTAGARENS UNDERSKRIFT*

Datum	Namnförtydligande	Underskrift
-------	-------------------	-------------

UNDERSKRIFT FÖRARE (OM ANNAN ÄN FÖRSÄKRINGSTAGAREN) *

Datum	Namnförtydligande	Underskrift
-------	-------------------	-------------

Underskrifterna ger även försäkringsbolaget fullmakt att beställa eventuell polisrapport samt övrig utredning i ärendet.

SKADEANMÄLAN SKICKAS IN VIA

E-post: fordonsskador@varsamforsakring.se
Post: Varsam Försäkring, Box 56, 941 22 Piteå

VID FRÅGOR:

Kundservice: 0500 – 10 10 10