

Händelseförloppet

Beskriv händelseförloppet

Vem anser ni har vållat skadan och varför?

Vittne

Namn	Telefon dagtid	Namn	Telefon dagtid
Adress		Adress	
Postnr och postadress		Postnr och postadress	

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 väggkant vid kollisionplatsen? m	Vägens bredd? m
Ungefärligt avstånd från ert fordon till kollisionplatsen när motpartens fordon upptäcktes m	Väglag (t ex vått, torrt snö is)	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 var tänd på ert egna fordon? <input type="checkbox"/> Halvljus <input type="checkbox"/> Dimljus	Antal passagerare i egna fordonet?	Var trafikljusen i funktion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Mätarställning Km	Har skadan uppkommit vid tävlan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har bärgningsföretag anlåtats? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är ert fordon på verkstad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "ja", verkstadens namn, adress och telefonnummer		

Personskador

Namn, adress och telefonnummer	Personnummer	Skadans art

Skador som t ex cyklist, fotgängare erhöll

Ägarens namn, adress och telefonnummer	Personnummer	Skadans art

Materiella skador t ex annat fordon, staket, lyktstolpe

Ägarens namn, adress och telefonnummer	Personnummer	Skadans art

Förarens underskrift*

	Datum	E-postadress	Telefon
--	-------	--------------	---------

Försäkringstagarens underskrift*

	Datum	E-postadress	Telefon
--	-------	--------------	---------

Kontonr vid eventuell utbetalning av skadeersättning

Person-/kontonr inkl clearingnr

| Plus-/bankgiro

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

Postadress: Länsförsäkringar Stockholm, Box 26, 832 21 Frösön

Fax 08-562 830 32.

E-post: skador@sth.lansforsakringar.se