

2. Kollision – Seriekrock eller påkörning bakifrån

Förarna kan fylla i skadeanmälan tillsammans.

De andra parterna kan ta ett foto på den ifyllda skadeanmälan och spara som en kopia.

Ta gärna foton på skadeplatsen och på fordonets skador och skicka dem till oss.

Det går bra att skicka till oss via E-post. Skadeanmälan, utländskt körkort och övriga handlingar kan skannas eller fotas av och bifogas i mailet till oss.

Behöver ditt fordon bärgas från skadeplatsen, ring Assistancekåren på tfn: 020-912 912.

Skadeanmälan – Fordon – Seriekrock eller påkörning bakifrån

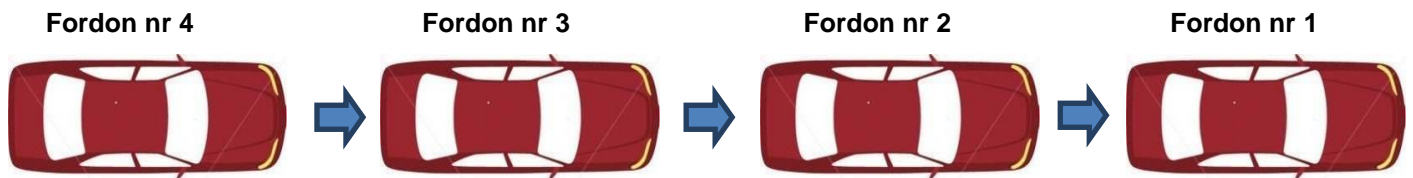
Framsidan fylls i gemensamt av förarna.

Baksidan fylls i endas av dig (Uppgifter till ditt eget försäkringsbolag)

Datum och skadeplats

Skadedatum (åååå-mm-dd)	Klockslag	Skadeplats: Gata/väg och ort/kommun
-------------------------	-----------	-------------------------------------

När en seriekrock uppstår med flera fordon kan händelsen uppfattas på olika sätt. Det är därför viktigt att ni markerar för de alternativ som passar er. Vem körde på vem? Vilka fordon stod stilla och vilka blev inknuffat i framförvarande fordon.



Ange registreringsnummer på inblandade fordon:

(Nr 1 är första bilen)

Fordon nr 4 Reg.nr:	Fordon nr 3 Reg.nr:	Fordon nr 2 Reg.nr:	Fordon nr 1 Reg.nr:
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

Obs! Kryssa i alla de alternativ som passar för de inblandade fordonens omständigheter.

Fordon nr 4	Fordon nr 3	Fordon nr 2	Fordon nr 1
Körde på fordon 3 bakifrån <input type="checkbox"/>	Stod still / stannat <input type="checkbox"/>	Stod still / stannat <input type="checkbox"/>	Stod still / stannat <input type="checkbox"/>
	Blev påkörd bakifrån <input type="checkbox"/>	Blev påkörd bakifrån <input type="checkbox"/>	Blev påkörd bakifrån <input type="checkbox"/>
	Blev inknuffad i fordon 2 <input type="checkbox"/>	Blev inknuffad i fordon 1 <input type="checkbox"/>	
	Körde på fordon 2 bakifrån <input type="checkbox"/>	Körde på fordon 1 bakifrån <input type="checkbox"/>	
	Bytte fil innan kollision <input type="checkbox"/>	Bytte fil innan kollision <input type="checkbox"/>	Bytte fil innan kollision <input type="checkbox"/>

Synliga skador på fordon 4	Synliga skador på fordon 3	Synliga skador på fordon 2	Synliga skador på fordon 1
Fram? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fram? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fram? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bak? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Bak? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bak? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Förarnas uppgifter och underskrifter

Förarens namn (4)	Förarens namn (3)	Förarens namn (2)	Förarens namn (1)
Förarens personnummer (viktigt)	Förarens personnummer (viktigt)	Förarens personnummer (viktigt)	Förarens personnummer (viktigt)
Förarens underskrift	Förarens underskrift	Förarens underskrift	Förarens underskrift

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

Försäkringstagare/Ägare

Ägarens namn	Organisationsnummer	E-post eller telefon (texta tydligt)	Ägaren momspliktig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Registreringsnummer	Fordon (Fabrikat)		

Händelseförlopp

Vem anser du vara vållande till kollisionen och varför?

Kompletterande uppgifter

Har olyckan polisanmält? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, polisen i? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Var polisen på plats: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Resultat av utandningsprov <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Ej tagits	Resultat av blodprov <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Ej tagits
Finns vittnen/passagerare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Ange vittnets namn och kontaktuppgifter (Gärna E-postadress)			

Personskador

Namn	Personnummer	Namn	Personnummer
Adress, postnr och postadress		Adress, postnr och postadress	
E-post		E-post	
Telefon (dagtid)	Bankkonto eller post/bankgiro	Telefon (dagtid)	Bankkonto eller post/bankgiro
Personskador/besvär?		Personskador/besvär?	
Sökt läkare pga. Olyckan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Sjukskriven/hemma från arbetet pga. olyckan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Sökt läkare pga. Olyckan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Sjukskriven/hemma från arbetet pga. olyckan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Glöm inte att skriva under

(Om du skickar anmälan via din egen E-postadress så godtas det som en underskrift)

Förarens underskrift.	Gällande utländskt körkort (om ja, bifoga kopia)	Ort och datum
-----------------------	--	---------------

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