

## 1. Kollision mellan två fordon - Rondell

Förarna kan fylla i skadeanmälan tillsammans.

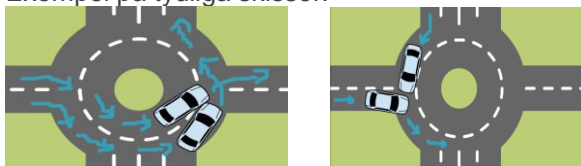
**Den ena parten kan ta ett foto på den ifyllda skadeanmälan och spara som en kopia.**

För att vi ska kunna förstå vad som hänt är det viktigt att ni fyller i blanketten noggrant och tydligt och att ni gör en tydlig skiss över händelsen.

Ta gärna foton på skadeplatsen och på fordonens 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.

Exempel på tydliga skisser:



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

## Skadeanmälan – Fordon – Rondell


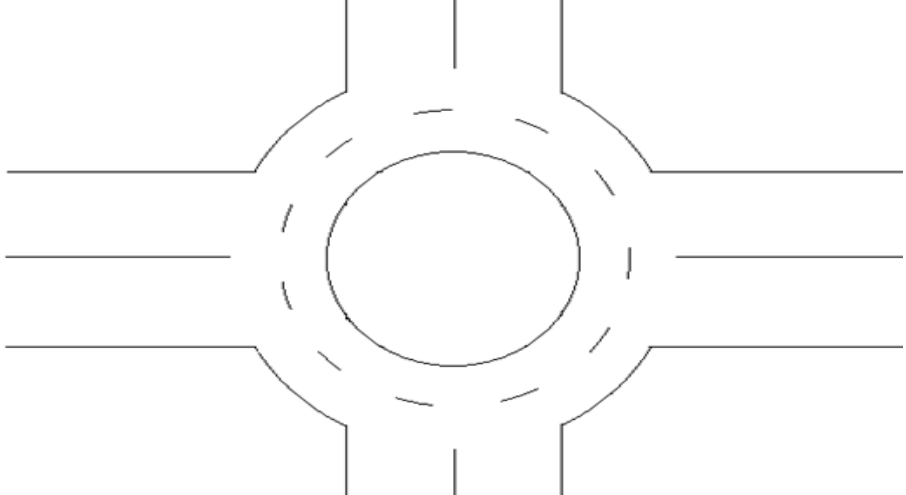

Framsidan fylls i gemensamt av förarna.

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
-------------------------	-----------	-------------------------------------

Eget fordon (A)		Omständigheter		Motpartens Fordon (B)	
		Sätt (x) för gällande alternativ			
Ägarens namn	<input type="checkbox"/>	1. Körde i rondell	<input type="checkbox"/>	Ägarens namn	<input type="checkbox"/>
Organisationsnummer	Ägaren momspliktig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	2. Körde in i rondell	<input type="checkbox"/>	Person- eller organisations nr.	Ägaren momspliktig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
E-post eller telefon (dagtid)	<input type="checkbox"/>	3. Lämnade inte företräde enligt vägmärke/trafiksinal	<input type="checkbox"/>	E-post eller telefon (dagtid)	<input type="checkbox"/>
Förarens namn	<input type="checkbox"/>	4. Körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll	<input type="checkbox"/>	Förarens namn	<input type="checkbox"/>
Personnummer (Viktigt)	<input type="checkbox"/>	5. Bytte fil	<input type="checkbox"/>	Personnummer (Viktigt)	<input type="checkbox"/>
E-post eller telefon (dagtid)	<input type="checkbox"/>	6. Stod still	<input type="checkbox"/>	E-post eller telefon (dagtid)	<input type="checkbox"/>
Fordon utan reg-nr. Ange Försäkringsnummer	<input type="checkbox"/>	7. Svängde höger	<input type="checkbox"/>	Fordon utan reg-nr. Ange försäkringsbolag och förs.nr.	<input type="checkbox"/>
Registreringsnummer	Fordon (Fabrikat)	8. Svängde vänster	<input type="checkbox"/>	Registreringsnummer	Fordon (Fabrikat)

Eget fordon, markera med A i skissen	(Behöver du skissa eller skriva mer, använd baksidan) Här ritar du din skiss.	Motparten, markera med B i skissen
Markera Kollisionspunkten <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Synliga skador på eget fordon. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Markera Kollisionspunkten <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Synliga skador på motpartens fordon. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Förarnas underskrifter	
Förarens underskrift (A)	Förarens underskrift (B)

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

## Händelseförlopp kompletterande uppgifter till ditt eget försäkringsbolag (texta tydligt)

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.