

Skadeanmälan

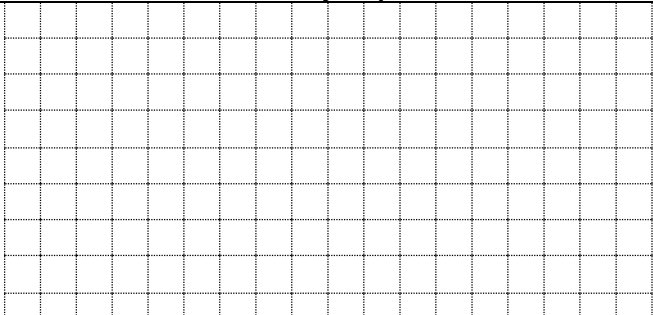
Fordon

Fullständigt ifylld skadeanmälan skickas till:
Gjensidige Försäkring, Box 4430, 20315 Malmö.
Telefon: 077-440 60 61 privatfordon@gjensidige.se

Skadedatum	Tidpunkt	Skadeplats (ort,gata, väg, väg nr etc.)
Känner polisen till händelsen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Om Ja, polisen i:	Har utandningsprov tagits? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Har blodprov tagits? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Personskador? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Fordon A	Omständigheter Sätt ett X för gällande alternativ.	Fordon B
Ägaren: Namn: Org./ Persnr: Adress: Postadress: Tel dagtid: Mobilnr: E-Post: Momspliktig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Stod parkerad / Stilla <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lämnade parkeringsplats / Öppnade dörr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parkerade vid trottoar / vägkant <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Körde ut från parkeringsområde, tomt eller liknande <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Körde in till parkeringsområde, Tomt eller liknande <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> körde in i rondell <input type="checkbox"/>	Ägaren: Namn: Org./ Persnr: Adress: Postadress: Tel dagtid: Mobilnr: E-Post: Momspliktig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Fordon: Fabrikat: Regnr: Försäkringsnummer:	<input type="checkbox"/> Körde i rondell <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Körde åt samma håll men i annan fil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bytte fil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Körde om <input type="checkbox"/>	Fordon: Fabrikat: Regnr: Försäkringsnummer:
Förare: Namn: Pers.nr: Adress: Postadress: Tel dagtid: E-Post: Om annat körkort än svenskt, bifoga kopia	<input type="checkbox"/> Svängde till höger <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Svängde till vänster <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Backade <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inkräktade på vägbanan reserverad för mötande trafik <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kom från höger (i korsning) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lämnade inte företräde enligt vägmärke / trafiksignal <input type="checkbox"/>	Förare: Namn: Pers.nr: Adress: Postadress: Tel dagtid: E-Post: Om annat körkort än svenskt, bifoga kopia

Skiss över olycksplatsen

Synliga skador fordon A		Synliga skador fordon B
--------------------------------	--	--------------------------------

Underskrift förare A

Underskrift förare B

.....
-------	-------

Glöm ej underskrift!

