

Skicka blanketten till:  
oletergroup@fuab.com

Oleter Group försäkringsservice  
c/o FUAB  
Box 380 44, 100 64 Stockholm.  
Tel. 08-520 056 40



## Anmälan – Singelskada Motorfordon

### Försäkringstagare

Försäkringsnummer		Skadenummer	
För- och efternamn eller företagsnamn		Kontaktperson	
Adress		Person-/organisationsnummer	
Postnummer	Postadress	Telefonnummer	
E-postadress	Redovisningsskyldig för moms? (Företag) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bankgiro/bankkonto	

### Förare (om annan än försäkringstagaren)

Förnamn		Efternamn	
Adress		Personnummer	
Postnummer	Postadress	Telefonnummer	
E-postadress			


### Fordons samt skadeuppgifter

Registreringsnummer	Skadedag	Klockslag	Skadeplats (korsning, gata, gatunr, platsens namn)
---------------------	----------	-----------	----------------------------------------------------

### Händelseförlopp

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

### Fordonets skick

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

### Skador på fordonet

Skick	Utmärkt/felfri	Normal	Under normal
Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraftöverföring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaross/lack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inredning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Underskrift (riktigheten i ovanstående intyg)

Datum och ort	Försäkringstagarens underskrift	Förarens underskrift*
---------------	---------------------------------	-----------------------

\* Om annan än försäkringstagarens

## Personskador

Namn	Telefonnummer	Personnummer	Skadans art

## Övriga uppgifter

Har fordonet bärgats? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har utandningsprov tagits på föraren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, resultatet av utandningsprovet? <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt
Kom polis/ambulans till skadeplatsen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Mätarställning	
Skadad egendom utöver det egna fordonet ex staket?	Kontaktuppgifter till ägare av egendomen	
Ert fordonets hastighet	Gällande hastighetsbegränsning	Väglag (vått, torrt, snö, is)

## Underskrift (riktigheten i ovanstående intygas)

Datum och ort	Försäkringstagarens underskrift	Förarens underskrift
---------------	---------------------------------	----------------------

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