

Skicka blanketten till:
oletergroup@fuab.com

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

Anmälan kollision

Motorfordon

Vänligen texta tydligt

* obligatoriska fält

Skadedatum*	Klockslag*	Skadeplats* (korsning, gata, gatunr, platsens namn)	
Polis på plats* <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, polisen i:	Har utandningsprov tagits på föraren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har blodprov tagits på föraren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Personskador* <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är fordonet bärgat? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, resultatet av utandningsprovet? <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt	Om ja, resultatet av blodprovet? <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt

Skadeinformation

Omständigheter

Motpartens fordon

Skadeinformation	↓	Sätt kryss (x) för gällande alternativ	↓	Motpartens fordon
Ägarens namn	1	Stod stilla/parkerad	1	Ägarens namn
Person*/-/Organisationsnummer*	2	Lämnade parkeringsplats/ öppnade bildörr	2	Person*/-/Organisationsnummer*
Adress	3	Parkerade vid trottoar/väggkant	3	Adress
Postnr och postadress	4	Körde ut från parkeringsområde, tomt eller liknande	4	Postnr och postadress
Telefonnummer	5	Körde in till parkeringsområde, tomt eller liknande	5	Telefonnummer
E-postadress	6	Körde in i rondell	6	E-postadress
Momsplikt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	7	Körde i rondell	7	Momsplikt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Fordon (Fabrikat och modell)	8	Körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll	8	Fordon (Fabrikat och modell)
Registreringsnummer*	9	Körde åt samma håll men i annan fil	9	Registreringsnummer*
Försäkringsbolag	10	Bytte fil	10	Försäkringsbolag
Förare (för och efternamn)	11	Körde om	11	Förare (för och efternamn)
Personnummer*	12	Svängde till höger	12	Personnummer*
Adress	13	Svängde till vänster	13	Adress
Postnr och postadress	14	Backade	14	Postnr och postadress
Telefonnummer	15	Inkräktade på vägbanan reserverad för mötande trafik	15	Telefonnummer
E-postadress	16	Kom från höger (i korsning)	16	E-postadress
Gällande svenskt körkort <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Utländskt**	17	Lämnade inte företräde enligt vägmärke	17	Gällande svenskt körkort <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Utländskt**

** Bifoga kopia på gällande utländskt körkort

Underskrift förare i eget fordon

Underskrift förare i motpartens fordon

Underskrift		Underskrift	
Namnförtydligande	Datum	Namnförtydligande	Datum

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

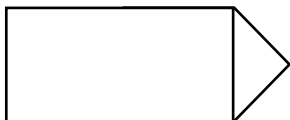
Anmälan kollision

Motorfordon

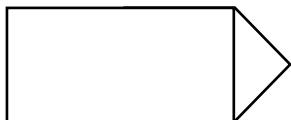
Beskriv synliga skador på eget fordon

Beskriv synliga skador på motpartens fordon

Ange kollisionspunkt med pil på eget fordon



Ange kollisionspunkt med pil på motpartens fordon



Skiss över händelseförloppet* (Rita tydligt och ange gatunamn, fordonens placering och färdriktning vid skadetillfället samt trafikmärken. Ange eget fordon som A och motpartens fordon som B.)

Beskriv händelseförloppet* (Vänligen texta)

Vem anser ni vållat skadan och varför?

Anmälan kollision

Motorfordon

Vittne

Namn	Telefon	Namn	Telefon
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 vägkant m	Vägens bredd m
Ungefärligt avstånd från ert fordon till kollisionplatsen när motpartens fordon upptäcktes m	Väglag <input type="checkbox"/> Vått <input type="checkbox"/> Is	<input type="checkbox"/> Torrt <input type="checkbox"/> Snö	Ljushöjdhöjden <input type="checkbox"/> Dagsljus <input type="checkbox"/> Mörker	<input type="checkbox"/> Halvdager Gatu- eller vägbelysning <input type="checkbox"/> Tänd <input type="checkbox"/> Släckt <input type="checkbox"/> Saknades
Belysning som varit tänd på ert egna fordon <input type="checkbox"/> Halvljus <input type="checkbox"/> Varselljus	<input type="checkbox"/> Helljus <input type="checkbox"/> DRL- ljus	Antal passagerare i egna fordonet? st	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

Personskador

Namn	Telefonnummer	Personnummer	Skadans art
Namn	Telefonnummer	Personnummer	Skadans art
Namn	Telefonnummer	Personnummer	Skadans art
Namn	Telefonnummer	Personnummer	Skadans art
Namn	Telefonnummer	Personnummer	Skadans art

Personskador som t ex cyklist, fotgängare erhö

Namn	Telefonnummer	Personnummer	Skadans art
Namn	Telefonnummer	Personnummer	Skadans art
Namn	Telefonnummer	Personnummer	Skadans art

Materiella skador t ex staket, lyktstolpe eller byggnad

Namn, adress, telefonnummer

Skadans art och omfattning

Försäkringstagarens underskrift*

Datum	Namnförtydligande	Underskrift
-------	-------------------	-------------

Underskrift förare om annan än försäkringstagaren*

Datum	Namnförtydligande	Underskrift
E-postadress	Telefonnummer	

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