

Skadeanmälan motorfordon

Moderna
Försäkringar

Försäkringstagare	Försäkringsnummer
Utdelningsadress	Skadenummer
Postnummer och postort	Telefon
E-post	Personnummer (ååmmdd-xxxx)/Org.nr

Händelse

Skadedatum och tidpunkt	Skadeplats	Land	Personskador Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Känner Polisen till händelsen?	Om ja, Polisen i	Har blodprov tagits? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Har utandningsprov tagits? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Omständigheter

Sätt ett kryss för gällande alternativ

Fordon A Ägaren				Fordon B Ägaren	
Namn _____	<input type="checkbox"/>	Stod parkerad/stilla	<input type="checkbox"/>	Namn _____	<input type="checkbox"/>
Personnr/org.nr _____	<input type="checkbox"/>	Lämnade parkeringsplats/öppnade dörr	<input type="checkbox"/>	Personnr/org.nr _____	<input type="checkbox"/>
Adress _____	<input type="checkbox"/>	Parkerade vid trottoar/väggkant	<input type="checkbox"/>	Adress _____	<input type="checkbox"/>
Telefon _____	<input type="checkbox"/>	Körde ut från parkeringsområde, tomt etc.	<input type="checkbox"/>	Telefon _____	<input type="checkbox"/>
E-post _____	<input type="checkbox"/>	Körde in till parkeringsområde, tomt etc.	<input type="checkbox"/>	E-post _____	<input type="checkbox"/>
Momspliktig (ja/nej) _____	<input type="checkbox"/>	Körde in i rondell	<input type="checkbox"/>	Momspliktig (ja/nej) _____	<input type="checkbox"/>
Fordonets fabrikat _____	<input type="checkbox"/>	Körde i rondell	<input type="checkbox"/>	Fordonets fabrikat _____	<input type="checkbox"/>
Registreringsnr. _____	<input type="checkbox"/>	Körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll	<input type="checkbox"/>	Registreringsnr. _____	<input type="checkbox"/>
Försäkringsbolag _____	<input type="checkbox"/>	Körde åt samma håll men i annan fil	<input type="checkbox"/>	Försäkringsbolag _____	<input type="checkbox"/>
Föraren om annat än ägaren	<input type="checkbox"/>	Bytte fil	<input type="checkbox"/>	Föraren om annat än ägaren	<input type="checkbox"/>
Namn _____	<input type="checkbox"/>	Körde om	<input type="checkbox"/>	Namn _____	<input type="checkbox"/>
Personnr/org. nr _____	<input type="checkbox"/>	Svängde höger	<input type="checkbox"/>	Personnr/org. nr _____	<input type="checkbox"/>
Adress _____	<input type="checkbox"/>	Svängde vänster	<input type="checkbox"/>	Adress _____	<input type="checkbox"/>
Postadress _____	<input type="checkbox"/>	Backade	<input type="checkbox"/>	Postadress _____	<input type="checkbox"/>
Telefon _____	<input type="checkbox"/>	Inkräktade på vägbana reserverad för mötande trafik	<input type="checkbox"/>	Telefon _____	<input type="checkbox"/>
E-post _____	<input type="checkbox"/>	Kom från höger (i korsning)	<input type="checkbox"/>	E-post _____	<input type="checkbox"/>
Om annat än körkort än svenskt, bifoga kopia.	<input type="checkbox"/>	Lämnade inte företräde enligt vägmärke/trafiksinal	<input type="checkbox"/>	Om annat än körkort än svenskt, bifoga kopia.	<input type="checkbox"/>

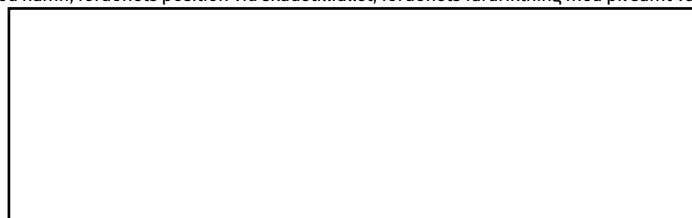
Skiss över olycksplatsen

Rita tydligt och ange gator och vägar med namn, fordonets position vid skadetillfället, fordonets färdriktning med pil samt vägmärken.

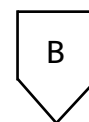
Visa med pil kollisionspunkten



Fordon A



Visa med pil kollisionspunkten



Fordon B

Synliga skador på eget fordon

Synliga skador på motpartens fordon

Förarnas underskrifter

Underskrift förare A

Underskrift förare B



Skadeanmälan motorfordon

Moderna
Försäkringar

Händelseförlopp

Vem anser ni ha vållat skadan och varför?

Bärgning/verkstad

Har bärgare anlåtats?

Ja Nej

Om ja, ange bärgarens namn, ort och telefon

Är fordonet på verkstad?

Ja Nej

Om ja, ange verkstadens namn, adress och telefon

Skador som till exempel fotgängare/cyklister erhö

Skadans art

Namn

Adress

Postnummer och ort

Telefon

Materiella skador, till exempel annat fordon, staket eller lyktstolpe

Skadans art och omfattning

Namn

Adress

Postnummer och ort

Telefon

Vittne 1

Förnamn och efternamn

Telefon

Adress

Postnummer och ort

Vittne 2

Förnamn och efternamn

Telefon

Adress

Postnummer och ort



Skadeanmälan motorfordon

Moderna
Försäkringar

Personskador

Förnamn och efternamn

Telefon

Adress

Personnummer

Skadans art

Förnamn och efternamn

Telefon

Adress

Personnummer

Skadans art

Förnamn och efternamn

Telefon

Adress

Personnummer

Skadans art

Kompletterande uppgifter

Ert fordon's hastighet
då faran upptäcktesErt fordon's hastighet vid
kollisionsögonblicketGällande
hastighetsbegränsningUppmått avstånd till höger
vägkant vid kollisionsplatsenVägens bredd
i meterUngefärligt avstånd från ert fordon
till kollisionsplatsen när motparten upptäcktes

Väglag? (vått, torrt, snö, is)

Ljusförhållanden (dagsljus,
halvdager, halvmörker)Gatu- eller vägbelysning
(tänd, släckt, saknas)Eget fordon's belysning
(halvljus, varselljus)

Antal personer i eget fordon

Finns trafiksignaler?

Om ja, i funktion? (ja, nej)

Har skadan uppkommit vid
tävlan? (ja/nej)

Ersättningsanspråk

Ersättning önskas utbetald till (bank, clearingnr samt kontonr)

Bg Pg

Bankgironummer/Plusgironummer

Underskrift

Härmed intygas att lämnade uppgifter är riktiga. Underskriften ger Moderna Försäkringar fullmakt att begära underlag från myndigheter och andra försäkringsbolag.

Datum

Underskrift

Skadeanmälan skickas till:

Motorskador Företag

FE 374

106 56 STOCKHOLM

eller via mejl till: motorskador.foretag@modernaforsakringar.se

Vid frågor, kontakta motorskador: 0200-21 21 20.

