

## SKADEANMÄLAN

Skadedatum:	Tid:	Skadeplats: (ort, vägnr, gata etc.)	Personskador: <input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nej
Vittne: (Namn, address och telnr.)			

Fordon A	Omständigheter	Fordon B						
Registreringsnummer:  Registreringsland: Sverige Fabrikat och typ:	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>A</b></td> <td style="text-align: center;">Markera de gällande alternativen</td> <td style="text-align: center;"><b>B</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">↓</td> <td></td> <td style="text-align: center;">↓</td> </tr> </table>	<b>A</b>	Markera de gällande alternativen	<b>B</b>	↓		↓	Registreringsnummer:  Registreringsland:  Fabrikat och typ:
<b>A</b>	Markera de gällande alternativen	<b>B</b>						
↓		↓						
<b>Försäkringstagare</b> Efternamn: LeasePlan Sverige AB Förnamn: Adress: Box 511 169 29 Solna Telnr: 08-470 26 00	<input type="checkbox"/> Stod parkerad/stannade <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lämnade parkeringsplats/ öppnade dörr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parkerade vi väggkant <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Körde ut från parkerings- område, tomt, etc. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Körde in i rondell <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Körde i rondell <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Körde på bakifrån vid körning i samma fil <input type="checkbox"/> åt samma håll <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"/> <input type="checkbox"/> Svängde vänster <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Svängde höger <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Backade <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inkräktade på mötande vägbana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lämnade inte företräde enligt vägmärke <input type="checkbox"/>	<b>Försäkringstagare</b> Efternamn: Förnamn: Adress:  Telnr:						
<b>Förare</b> Efternamn: Förnamn: Personnummer: Adress:  Telnr: E-post:		<b>Förare</b> Efternamn: Förnamn: Personnummer: Adress:  Telnr: E-post:						
<b>Synliga skador:</b>		<b>Synliga skador:</b>						
<b>Andra observationer:</b>		<b>Andra observationer:</b>						

## SKADEANMÄLAN

### Beskriv händelseförloppet

Vem anser ni är vållande:

### Personskador eller materiella skador

Skador som förare erhöll:	
Skador som er/era passagerare erhöll	Namn, adress, telnr, personnr, skadetyt
Skador som t.ex. fotgängare eller fotgängare erhöll	
Materiella skador t.ex. staket, djur, gatubelysning	Ägare, namn, adress, telnr, beskriv skadan

### Kompletterande uppgifter

Er hastighet då faran upptäcktes:	Er hastighet vid kollisionen:	Gällande hastighet:	Avstånd till höger väggkant vid kollisionsplats:
Ungefärligt avstånd mellan er och olycksplatsen när motpartens fordon upptäcktes:	Väglag:	Ljusförhållande:	Gatu- eller vägbelysning <input type="checkbox"/> Tänd <input type="checkbox"/> Släckt <input type="checkbox"/> Saknades
Belysning på ert fordon <input type="checkbox"/> Helljus <input type="checkbox"/> Halvljus <input type="checkbox"/> Parkeringsljus <input type="checkbox"/> Släckt	Antal personer i ert fordon:	Mätarställning vid skadetillfället:	
Var polisen på plats:	Har utandningsprov tagits på förare:	Har blodprov tagits på föraren:	
Har bärgare anlitas:	Om ja, företagets namn:		
Är ert fordon på verkstad:	Om ja, företagets namn:		

Jag samtycker till registrering och hantering av uppgifterna jag har lämnat i skadeanmälan samt att lämnade uppgifter skickas till de parter som behöver uppgifterna för att kunna hantera försäkringsärendet

Underskrift förare ..... Underskrift motpart .....