



SENSOR FÖRSÄKRING

En del av Sensor Group

Sensor Försäkring Norden AB
Telefon: 010-410 03 10
Adress: Box 84, 97103, Luleå

Motorförsäkring Skadeanmälan

Skada nr (fills i av Sensor Försäkring):

Försäkringstagare

Namn:	Personnummer:	Telefon dagtid (inkl. riktnummer):	
Adress:		Telefon bostaden (inkl. riktnummer):	
Postnummer och ort:		Mobiltelefon:	
Jag vill ha besked via E-post, min E-post adress är:		Redovisningsskyldig för moms: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Kontonummer dit ersättningen kan betalas	Clearingnr:	Bankkontonummer:	Bankens namn:
	Bankgiro:	Plusgiro (Fd Postgiro)	

Fordon

Personskada

Vittnen

Registreringsnummer:	Mätarställning i kilometer:	Uppkom personskada vid olyckan: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Finns vittnen till händelsen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Vid personskada – Ange den/de skadades personnummer och skadans art här:			Om ja – Ange namn, adress och telefonnummer:

Förare – om annan än försäkringstagaren

Namn:	Personnummer:	Telefon dagtid (inkl. riktnummer):
Adress:	Postnummer och ort:	Mobiltelefon:

När och var hände olyckan

Datum och klockslag:	Plats (gata, väg, område, ort etc.)
----------------------	-------------------------------------

Singelolycka – vad har hänt?

Djurkollision – ange vilket slags djur	Annan skadehändelse: <input type="checkbox"/> Skadegörelse <input type="checkbox"/> Kollision med: <input type="checkbox"/> Annat:
Beskriv kort händelsen här:	

Vilka skador uppkom på fordonet

Beskriv omfattning och var på fordonet skadorna finns:
--

Försäkringstagare

Har bärgare anlätats? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilken bärgare (företagets namn och telefonnummer)	
Är fordonet på verkstaden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilken verkstad (företagets namn och telefonnummer)	
Är händelsen polisanmäld? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, till polisen i:	Var polisen på plats? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har utandningsprov tagits på föraren?, Om ja <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt	Har blodprov tagits på föraren?, Om ja <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt	

Anmälan gjord av

<input type="checkbox"/> Fordonsägare <input type="checkbox"/> Föraren <input type="checkbox"/> Annan, ange namn och telefonnummer nedan		
Namn:	Telefon dagtid (inkl. riktnummer):	Telefon bostaden (inkl. riktnummer):

Trafikolycka med flera fordon inblandade

Datum och klockslag:	Plats (gata, väg, område, ort etc.)
----------------------	-------------------------------------

Fordon A

Omständigheter

Bocka för det gällande alternativet

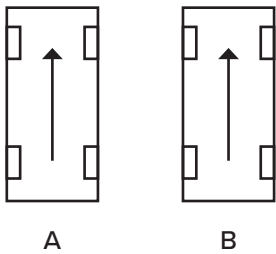
Fordon B

Ägarens namn:	<input type="checkbox"/>	Stod parkerad / Stilla	<input type="checkbox"/>	Ägarens namn:
Person- eller organisationsnummer:	<input type="checkbox"/>	Lämnad parkeringsplats / Öppnade dörr	<input type="checkbox"/>	Person- eller organisationsnummer:
Adress:	<input type="checkbox"/>	Parkerade vid trottoar / vägkant	<input type="checkbox"/>	Adress:
Postadress:	<input type="checkbox"/>	Körde ut från parkeringsområde, tomt eller liknande.	<input type="checkbox"/>	Postadress:
Telefon (dagtid):	<input type="checkbox"/>	Körde in till parkeringsområde, tomt eller liknande	<input type="checkbox"/>	Telefon (dagtid):
E-post:	<input type="checkbox"/>	Körde in i rondell	<input type="checkbox"/>	E-post:
Bankkontonummer:	<input type="checkbox"/>	Körde i rondell	<input type="checkbox"/>	Försäkringsbolag:
Momspliktig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	Körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll	<input type="checkbox"/>	Momspliktig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Fordonets reg nr:	<input type="checkbox"/>	Körde åt samma håll men i annan fil	<input type="checkbox"/>	Fordonets reg nr:
Fabrikat/modell:	<input type="checkbox"/>	Bytte fil	<input type="checkbox"/>	Fabrikat/modell:
Försäkringsnummer:	<input type="checkbox"/>	Körde om	<input type="checkbox"/>	Försäkringsnummer:
Förarens namn (om annan än ägaren):	<input type="checkbox"/>	Svängde höger	<input type="checkbox"/>	Förarens namn (om annan än ägaren):
Personnummer:	<input type="checkbox"/>	Svängde vänster	<input type="checkbox"/>	Personnummer:
Adress	<input type="checkbox"/>	Backade	<input type="checkbox"/>	Adress
Postadress	<input type="checkbox"/>	Inkräktade på vägbana reserverad för mötande trafik	<input type="checkbox"/>	Postadress
Telefon (dagtid)	<input type="checkbox"/>	Kom från höger i korsning	<input type="checkbox"/>	Telefon (dagtid)
E-post	<input type="checkbox"/>	Lämnade inte företräde enligt vägmärke / trafiksignal	<input type="checkbox"/>	E-post

Om annat körkort än svenskt, bifoga kopia.
Gäller skadan EU-moped, bifoga kopia på förarbevis

Om annat körkort än svenskt, bifoga kopia.
Gäller skadan EU-moped, bifoga kopia på förarbevis

Skiss över olycksplatsen

<p>Visa kollisionspunkten med pil (fordon A och fordon B)</p>  <p>A B</p>	<p>Rita tydligt och ange: gator och vägar med namn, fordonets position vid skadetillfället, färdriktning med pil, vägmärken Ange gärna om någon av förarna körde på huvudled.</p>
<p>Synliga skador Fordon A</p>	<p>Synliga skador Fordon B</p>

Underskrift förare A

Underskrift förare B

--	--

Händelseförlopp (texta tydligt)

<p>Vem anser ni vara vållande och varför?</p>

Försäkringstagare

Ert fordonets hastighet då faran upptäcktes	Fordonets hastighet vid kollisionen	Gällande hastighetsbegränsning	Vägens bredd i meter	Väglag? <input type="checkbox"/> Torrt <input type="checkbox"/> Vätt <input type="checkbox"/> Snö <input type="checkbox"/> Is
Ljusförhållanden <input type="checkbox"/> Dagsljus <input type="checkbox"/> Skymning <input type="checkbox"/> Mörker	Gatu eller vägbelysning <input type="checkbox"/> Tänd <input type="checkbox"/> Släckt <input type="checkbox"/> Saknas	Fordonets belysning <input type="checkbox"/> Hellys <input type="checkbox"/> Halvljus <input type="checkbox"/> Varselljus		
Avstånd från ert fordon till kollisionsplatsen när motparten upptäcktes	Avstånd till höger väggkant	Antal personer i egna fordonet		
Står fordonet på verkstad? Om ja vilken? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, den står på:				

Vittnen

Namn:	Namn:
Adress:	Adress:
Postadress:	Postadress:
Telefon (dagtid):	Telefon (dagtid):
E-post:	E-post:

Personskador

Namn, adress och telefon:	Personnummer:	Skadans art:
Namn, adress och telefon:	Personnummer:	Skadans art:
Namn, adress och telefon:	Personnummer:	Skadans art:

Materiella skador, t ex annat fordon, staket, lyktstolpe, etc

Ägarens namn, adress och telefon:	Skadans art och omfattning:
-----------------------------------	-----------------------------

Förarens underskrift

Försäkringstagarens underskrift

Ort och datum

Ort och datum

Underskrifterna ger Sensor Försäkring fullmakt att beställa eventuella polisrapporter.

Skickas till:

Sensor Försäkring Norden AB, Box 84, 97103, Luleå



SENSOR FÖRSÄKRING

En del av Sensor Group