

Skada nr (Fylls i av LF)

**Försäkringstagare**

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

**Fordon**

**Personskada**

**Vittnen**

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

**Förare – om annan än försäkringstagaren**

Namn		Personnummer	Telefon dagtid (inkl riktnr)
Adress	Postnummer och ort		Mobiltelefon

**När och var hände olyckan**

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

**Vad har hänt**

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

**Vilka skador uppkom på fordonet**

Beskriv omfattning och var på fordonet skadorna finns

**Polisanmälan – Bärgning – Verkstad**

Har bärgare anlitats? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vilken bärgare (företagets namn och telefonnummer)	
Är fordonet på verkstad? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vilken verkstad (företagets namn och telefonnummer)	
Är händelsen polisanmäld? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, till polisen i	Var polisen på plats? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
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"/> Fordonsägaren <input type="checkbox"/> Föraren <input type="checkbox"/> Annan, ange namn och telefon nedan		
Namn	Telefon dagtid (inkl riktnr)	Telefon bostaden (inkl riktnr)