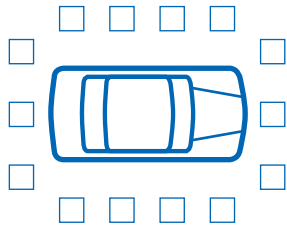
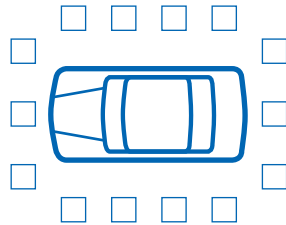


Datum och skadeplats

Skadedatum (åå-mm-dd)	Klockslag	Skadeplats: Gata/väg och ort/kommun	Finns vittnen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Var polisen på plats? Om ja, från vilket län? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Resultat av utandningsprov <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Ej tagits	Resultat av blodprov <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Ej tagits	Uppstod personskada? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Eget fordon (A)	Omständigheter Sätt (x) för gällande alternativ	Motparten (B)
Ägarens namn	<input type="checkbox"/> 1. Stod parkerad/stilla	Ägarens namn
Person-/Organisationsnummer Ägaren momspliktig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> 2. Lämnade parkeringsplats/ öppnade dörr	Person-/Organisationsnummer
Telefon (dagtid)	<input type="checkbox"/> 3. Parkerade vid trottoar/väggkant	Telefon (dagtid)
E-post (texta tydligt)	<input type="checkbox"/> 4. Körde ut från parkeringsområde, tomt eller liknande	E-post (texta tydligt)
Förarens namn (om annan än ägaren, ej företag)	<input type="checkbox"/> 5. Körde in till parkeringsområde, tomt eller liknande	Förarens namn (om annan än ägaren, ej företag)
Personnummer	<input type="checkbox"/> 6. Körde in i rondell	Personnummer
Telefon (dagtid)	<input type="checkbox"/> 7. Körde i rondell	Telefon (dagtid)
Gällande utländskt körkort (om ja, bifoga kopia) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> 8. Körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll	Gällande utländskt körkort <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Reg. nummer Fordon (Fabrikat)	<input type="checkbox"/> 9. Körde åt samma håll men i annan fil	Reg. nummer Fordon (Fabrikat)
Reg. nummer Släp (Fabrikat)	<input type="checkbox"/> 10. Bytte fil	Reg. nummer Släp (Fabrikat)
Fordon utan reg. nummer ange försäkringsnummer	<input type="checkbox"/> 11. Körde om	Land och försäkringbolag (om inte svenskegistrerat)
Markera kollisionspunkten 	<input type="checkbox"/> 12. Svängde höger	Markera kollisionspunkten 
	<input type="checkbox"/> 13. Svängde vänster	
	<input type="checkbox"/> 14. Backade	
	<input type="checkbox"/> 15. Inkräktade på vägbanan reserverade för mötande	
	<input type="checkbox"/> 16. Kom från höger i korsning	
Synliga skador eget fordon	<input type="checkbox"/> 17. Lämnade inte företräde enligt vägmärke/trafiksignal	Synliga skador motpartens fordon

Skiss över olycksplatsen

Eget fordon, markera med A i skissen	Här ritar du din skiss	Motparten, markera med B i skissen

