

Skademelding-motorvogn

Meldingen er ingen skylderkjennelse, men en innsamling av fakta om uhellet med henblikk på rask behandling. Må undertegnes av begge førerne.

Fremtind

1. Skadedato	Klokken :	2. Skadested (gate/gatekryss, veinr. husnr. mest mulig eksakt)	Kommune	Land	3. Personskade NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>
4. Annen materiell skade enn på kjøretøy A og B NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Se pkt. 29		Skade på andre objekter enn kjøretøy NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	Gi nærmere opplysninger om personskade eller annen materiell skade i pkt. 29 og 34-37		
5. Vitner (navn, adresse, telefon) - notér om vitnet/vitnene var passasjer i kjøretøy A eller B					

KJØRETØY A

6. Forsikringstaker Etternavn (BRUK BLOKKBOKSTAVER)

Fornavn, mellomnavn Fødselsdato

Adresse

Postnr. /-sted, land

Mobiltilf. / telefon privat Telefon arbeidssted Oppgavepliktig for m.v.a. NEI JA

E-post

7. Kjøretøy Kjenne tegn (reg.nr.)	Tilhenger Kjenne tegn (reg.nr.)
Merke/Type	Merke/Type
Registreringsland	Registreringsland

8. Forsikringselskap Navn

Forsikringsavtalenr. Kasko-forsikring NEI JA

Grønt kort nr. (skade utenfor Norden) Gyldig til dato

9. Fører Etternavn (BRUK BLOKKBOKSTAVER)

Fornavn, mellomnavn Fødselsdato Alder

Adresse

Postnr. /-sted, land

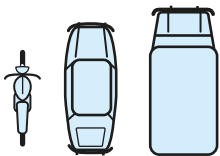
Telefon Mobiltilf.

E-post

Fører kortnr. Klasse

Utstedt dato Gyldig til

10. Merker med (●) det første berøringspunkt ved kollisjon



11. Synlig skader på kjøretøy A

14. Bemerkninger / eventuelle forhold u/uenighet, fører A

12. Sett kryss i aktuelle felt. Sett kryss bak det som passer.

<input type="checkbox"/>	1. * <input type="checkbox"/> Parkert/ * <input type="checkbox"/> Stå stille i kollisjonsøyeblikket	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2. * <input type="checkbox"/> Satt kjøretøyet i bevegelse/ * <input type="checkbox"/> Åpnet døra	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3. Var i ferd med å stoppe	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4. Kjørt <u>ut</u> fra parkeringsplass, privat område, gårdsvei o.l.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5. Kjørt <u>inn</u> fra parkeringsplass, privat område, gårdsvei o.l.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6. Kjørt <u>inn</u> i en rundkjøring	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7. Kjørt <u>i</u> i en rundkjøring	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8. Kjørt på bakfra i samme retning og samme kjørefelt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9. Kjørt i samme retning i annet kjørefelt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10. Skiftet kjørefelt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11. Kjørt forbi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12. Svingte til <u>høyre</u>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13. Svingte til <u>venstre</u>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14. Rygget	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15. Kom inn på del av veien bestemt for trafikk i motsatt retning	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16. Kom fra høyre i et kryss	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17. Fulgte ikke varsel om vikeplikt eller rødt lys	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Antall avkryssede felt	<input type="checkbox"/>

13. Tegn skisse av uhellet som inneholder:

- Gate/vei med navn
- Kjøretøy med merking: **A** og **B**
- Kjøretøyenes retning før kollisjonen
- Avstand fra kjøretøyene til veikant og/eller til fast punkt i kollisjonsøyeblikket
- Trafikkskilt
- Bremsespor
- Veibredde

A **B**

KJØRETØY B

6. Forsikringstaker Etternavn (BRUK BLOKKBOKSTAVER)

Fornavn, mellomnavn Fødselsdato

Adresse

Postnr. /-sted, land

Mobiltilf. / telefon privat Telefon arbeidssted Oppgavepliktig for m.v.a. NEI JA

E-post

7. Kjøretøy Kjenne tegn (reg.nr.)	Tilhenger Kjenne tegn (reg.nr.)
Merke/Type	Merke/Type
Registreringsland	Registreringsland

8. Forsikringselskap Navn

Forsikringsavtalenr. Kasko-forsikring NEI JA

Grønt kort nr. (skade utenfor Norden) Gyldig til dato

9. Fører Etternavn (BRUK BLOKKBOKSTAVER)

Fornavn, mellomnavn Fødselsdato Alder

Adresse

Postnr. /-sted, land

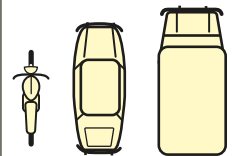
Telefon Mobiltilf.

E-post

Fører kortnr. Klasse

Utstedt dato Gyldig til

10. Merker med (●) det første berøringspunkt ved kollisjon



11. Synlig skader på kjøretøy B

14. Bemerkninger / eventuelle forhold u/uenighet, fører B

15. Husk at begge førerne underskriver

Førerens underskrift – kjøretøy A

Førerens underskrift – kjøretøy B

Supplerende opplysninger fra fører - MÅ ALLTID FYLLES UT

Fremtind

16. Hastighet	Da situasjonen oppstår	km/t	I kollisjons-øyeblikket	km/t	Fartsgrense på stedet	km/t	Gjelder kjøretøy <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
17. Veidekke	<input type="checkbox"/> Fast dekke	<input type="checkbox"/> Grus	18. Føre	<input type="checkbox"/> Tørt	<input type="checkbox"/> Vått	<input type="checkbox"/> Snø/Is	
19. Værforhold	<input type="checkbox"/> Opphold	<input type="checkbox"/> Regn	<input type="checkbox"/> Snø	<input type="checkbox"/> Tåke	Temperatur ca. °C		
20. Lysforhold	<input type="checkbox"/> Dagslys	<input type="checkbox"/> Skumring	<input type="checkbox"/> Mørkt	<input type="checkbox"/> Gatelys tent	21. Lys som var i bruk	<input type="checkbox"/> Fjernlys <input type="checkbox"/> Nærlys <input type="checkbox"/> Parklys <input type="checkbox"/> Ekstralys <input type="checkbox"/> Brukt ikke lys	
22. Utstyr som var i bruk	<input type="checkbox"/> Kjettinger	<input type="checkbox"/> Vinterdekk uten pigger	<input type="checkbox"/> Piggdekk	<input type="checkbox"/> Sommerdekk	23. Signal gitt med	<input type="checkbox"/> Blinklys <input type="checkbox"/> Horn <input type="checkbox"/> Lys	
24. Ansvarlig Hvem er etter din mening er ansvarlig for skadene?	<input type="checkbox"/> Fører A	<input type="checkbox"/> Fører B	<input type="checkbox"/> Annen	<input type="checkbox"/> Vet ikke	25. Kjøretøyet ble benyttet i næring	<input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA	
26. Rus-/legemiddel Hadde føreren inntatt alkohol / rusmiddel / trafikkarlige legemidler?	<input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA	Hvis JA, kryss av for:		<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Andre rusmidler	<input type="checkbox"/> Legemidler	Utåndings-/ blodprøve tatt <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA
27. Kilometerstand	28. Er bilredningsfirma tilkalt?	<input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA	Hvis JA, hvilket firma?				
29. Annen materiell skade enn på kjøretøy A og B (skadet gjenstand/eiendom)							
30. Tidligere skader	<input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA	Hvis JA, gi en kort beskrivelse:					
31. Eierens navn og adresse							
Postnr./-sted							
Telefon		Mobiltlf.		E-post			
32. Politi Behandles saken hos politiet?	<input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA	Hvis JA, hvilket politidistrikt/ensmannskontor?					
33. Beskriv så tydelig som mulig hvordan uhellet skjedde (om nødvendig bruk eget ark)							

PERSONSKADER SKAL MELDES TIL POLITIET (bruk eget ark ved flere enn tre personskader)

34. Skadet person (Gjelder ikke fører/passasjer i motpartens kjøretøy)	Etternavn, fornavn		Adresse			Postnr./-sted	<input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann	Født dato		
	Telefon		Mobiltlf.		E-post					
	<input type="checkbox"/> Fører	<input type="checkbox"/> Passasjer	<input type="checkbox"/> Fotgjenger	<input type="checkbox"/> Syklist	Sikring	<input type="checkbox"/> Bilbelte	<input type="checkbox"/> Kollisjonspute	<input type="checkbox"/> Barnesikring	<input type="checkbox"/> Hjelm	<input type="checkbox"/> Ingen
	<input type="checkbox"/> Omkommet	<input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus	<input type="checkbox"/> Legebehandlet	Behandlet av lege/sykehus						
35. Skadet person (Gjelder ikke fører/passasjer i motpartens kjøretøy)	Etternavn, fornavn		Adresse			Postnr./-sted	<input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann	Født dato		
	Telefon		Mobiltlf.		E-post					
	<input type="checkbox"/> Fører	<input type="checkbox"/> Passasjer	<input type="checkbox"/> Fotgjenger	<input type="checkbox"/> Syklist	Sikring	<input type="checkbox"/> Bilbelte	<input type="checkbox"/> Kollisjonspute	<input type="checkbox"/> Barnesikring	<input type="checkbox"/> Hjelm	<input type="checkbox"/> Ingen
	<input type="checkbox"/> Omkommet	<input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus	<input type="checkbox"/> Legebehandlet	Behandlet av lege/sykehus						
36. Skadet person (Gjelder ikke fører/passasjer i motpartens kjøretøy)	Etternavn, fornavn		Adresse			Postnr./-sted	<input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann	Født dato		
	Telefon		Mobiltlf.		E-post					
	<input type="checkbox"/> Fører	<input type="checkbox"/> Passasjer	<input type="checkbox"/> Fotgjenger	<input type="checkbox"/> Syklist	Sikring	<input type="checkbox"/> Bilbelte	<input type="checkbox"/> Kollisjonspute	<input type="checkbox"/> Barnesikring	<input type="checkbox"/> Hjelm	<input type="checkbox"/> Ingen
	<input type="checkbox"/> Omkommet	<input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus	<input type="checkbox"/> Legebehandlet	Behandlet av lege/sykehus						
37. Skadet person i motpartens kjøretøy	<input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA	Hvis JA, hvor mange?		38. Ved innsendelse av skademeldingen bekrefter jeg at opplysningene gitt er korrekte (kryss av)				<input type="checkbox"/>		

39. Dato	40. Forsikringstaker er kjent med ovennevnte opplysninger	41. Førerens underskrift
	Underskrift	Underskrift