|  |  |
| --- | --- |
| Brunskogs BilförsäkringTelefon: 08-520 276 41bilskador@brunskogs.se Adress: Eir Försäkring, Box 3132, 103 62 Stockholm | **Motorfordonsförsäkring**SkadeanmälanAnmälan mailas till: bilskador@brunskogs.se  |

**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:[ ]  Ja [ ]  Nej |

**Fordon Personskada Vittnen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Registreringsnummer:      | Mätarställning i kilometer:      | Uppkom personskada vid olyckan:[ ]  Ja [ ]  Nej | Finns vittnen till händelsen:[ ]  Ja [ ]  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?**

|  |  |
| --- | --- |
| Djurkollsion – ange vilket slags djur      | Annan skadehändelse: [ ]  Skadegörelse [ ]  Kollision med: [ ]  Annat: |
| Beskriv kort händelsen här:      |

**Vilka skador uppkom på fordonet**

Beskriv omfattning och var på fordonet skadorna finns:

**Försäkringstagare**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Har bärgare anlitats?[ ]  Ja [ ]  Nej | Om ja, vilken bärgare (företagets namn och telefonnummer)      |  |
| Är fordonet på verkstaden?[ ]  Ja [ ]  Nej | Om ja, vilken verkstad (företagets namn och telefonnummer)      |  |
| Är händelsen polisanmäld?[ ]  Ja [ ]  Nej | Om ja, till polisen i:      | Var polisen på plats?[ ]  Ja [ ]  Nej |
| Har utandningsprov tagits på föraren? Om ja[ ]  Positivt [ ]  Negativt | Har blodprov tagits på föraren? Om ja[ ]  Positivt [ ]  Negativt |  |

**Anmälan gjord av**

|  |  |
| --- | --- |
| Har bärgare anlitats? [ ]  Fordonsägaren [ ]  Föraren [ ]  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 Fordon B**

Bocka för det gällande alternativet

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

Om annat körkort än svenskt, bifoga kopia. Om annat körkort än svenskt, bifoga kopia.

Gäller skadan EU-moped, bifoga kopia på förarbevis Gäller skadan EU-moped, bifoga kopia på förarbevis

**Skiss över olycksplatsen**

|  |  |
| --- | --- |
| Visa kollisionspunkten med pil (fordon A och fordon B) A B | 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. |
|  |
| Synliga skador Fordon A      |  | Synliga skador Fordon B      |

**Underskrift förare A Underskrift förare B**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Händelseförlopp (texta tydligt)**

|  |
| --- |
|       |
| Vem anser ni vara vållande och varför?       |

**Försäkringstagare**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ert fordons hastighet då faran upptäcktes      | Fordonets hastighet vid kollisionen      |  | Gällande hastighetsbegränsning      | Vägens bredd i meter      | Väglag?[ ]  Torrt[ ]  Vått[ ]  Snö[ ]  Is |
| Ljusförhållanden [ ]  Dagsljus[ ]  Skymning [ ]  Mörker | Gatu eller vägbelysning[ ]  Tänd[ ]  Släckt[ ]  Saknas |  | Fordonets belysning[ ]  Helljus[ ]  Halvljus[ ]  Varselljus |
| Avstånd från ert fordon till kollisionsplatsen när motparten upptäcktes      | Avstånd till höger vägkant       |  | Antal personer i egna fordonet       |
| Står fordonet på verkstad? Om ja vilken?  [ ]  Nej [ ]  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:      |

|  |  |
| --- | --- |
| **Förarens underskrift** | **Försäkringstagarens underskrift** |
| **Ort och datum** | **Ort och datum** |

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

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

**Anmälan mailas till:** bilskador@brunskogs.se

**Per post:** Eir Försäkring, Box 3132, 103 62 Stockholm 