|  |  |
| --- | --- |
| Brunskogs Bilförsäkring  Telefon: 08-520 276 41  [bilskador@brunskogs.se](mailto:bilskador@brunskogs.se)  Adress: Eir Försäkring, Box 3132, 103 62 Stockholm | **Motorfordonsförsäkring**  Skadeanmälan  Anmälan 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](mailto:bilskador@brunskogs.se)

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