

Skademelding-motorvogn

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

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"/>	Andre objekter enn kjøretøy		NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	Se pkt. 29
5. Vitner (navn, adresse, telefon) - noter om vitnet/vitnene var passasjer i bil A eller B						

KJØRETØY A

6. Forsikrings-taker

Etternavn (BRUK BLOKKBOKSTAVER)

Fornavn, mellomnavn Fødselsnr.

Adresse

Postnr./-sted, land

Oppgave-pliktig for m.v.a. NEI JA

Telefon privat Telefon arbeidssted

Mobiltlf. E-post

7. Kjøretøy

Kjennetegn (reg.nr.) Tilhenger Kjennetegn (reg.nr.)

Merke/Type Merke/Type

Registreringsland Registreringsland

8. Forsikrings-selskap

Navn

Forsikringsavtalenr. Kasko-forsikring NEI JA

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

9. Fører

Etternavn (BLOKKBOKSTAVER)

Kjønn Kvinne Mann

Fornavn, mellomnavn Fødselsnr. (11 siffer) Alder

Adresse

Postnr./-sted, land

Telefon Mobiltlf. E-post

Førerkortnr. Klasse

Utstedt dato Gyldig til

12. Sett kryss i aktuelle felt. *Stryk det som ikke passer.

<input type="checkbox"/>	1. *Parkert/Sto stille i kollisjonsøyeblikket	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2. *Satte kjøretøyet i bevegelse/åpnet dør	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3. Var i ferd med å stoppe	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4. Kjørt ut fra parkeringsplass, privat område, gårdsvei o.l.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5. Kjørt inn på parkeringsplass, privat område, gårdsvei o.l.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6. Kjørt inn i en rundkjøring	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7. Kjørt 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 høyre	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13. Svingte til venstre	<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"/>

Antall avkryssede felt

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 (lengde) ● Veibredde

A < B

KJØRETØY B

6. Forsikrings-taker

Etternavn (BRUK BLOKKBOKSTAVER)

Fornavn, mellomnavn Fødselsnr.

Adresse

Postnr./-sted, land

Oppgave-pliktig for m.v.a. NEI JA

Telefon privat Telefon arbeidssted

Mobiltlf. E-post

7. Kjøretøy

Kjennetegn (reg.nr.) Tilhenger Kjennetegn (reg.nr.)

Merke/Type Merke/Type

Registreringsland Registreringsland

8. Forsikrings-selskap

Navn

Forsikringsavtalenr. Kasko-forsikring NEI JA

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

9. Fører

Etternavn (BLOKKBOKSTAVER)

Kjønn Kvinne Mann

Fornavn, mellomnavn Fødselsnr. (11 siffer) Alder

Adresse

Postnr./-sted, land

Telefon Mobiltlf. E-post

Førerkortnr. Klasse

Utstedt dato Gyldig til

10. Markér med pil (→) det første berøringspunkt ved kollisjon

11. Synlige skader på kjøretøy A

14. Bemerkninger/eventuelle forbehold v/uenighet, fører A

Det er viktig å tegne en tydelig og korrekt skisse, se tegneeksempel på omslaget.

Husk at begge førerne underskriver

15. Førerens underskrift - kjøretøy A

15. Førerens underskrift - kjøretøy B

10. Markér med pil (→) det første berøringspunkt ved kollisjon

11. Synlige skader på kjøretøy B

14. Bemerkninger/eventuelle forbehold v/uenighet, fører B

Opplysninger fra kjøretøy

A

Supplerende opplysninger fra fører - MÅ ALLTID FYLLES UT

16. Hastighet	Da situasjonen oppsto	km/t	I kollisjonsøyeblikket	km/t	Fartsgrense på stedet	km/t
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"/> Brukte 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 ansvarlig for skadene?	<input type="checkbox"/> Fører A	<input type="checkbox"/> Fører B	<input type="checkbox"/> Annen	<input type="checkbox"/> Vet ikke	25. Bilen ble benyttet i næring	<input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA				
26. Rus-/legemiddel Hadde føreren inntatt alkohol/rusmidler/trafikkfarlige 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	Blodprøve tatt	<input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA
27. Kilometerstand	28. Er bilredningsfirma tilkalt		<input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilket firma?						

29. Annen materiell skade enn på kjøretøy A og B (skadet gjenstand/eiendom)	Eierens navn og adresse			
	Postnr./-sted	Tlf.	Mobiltf.	E-post

30. Politi Behandles saken hos politiet?	<input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA	Hvis ja. Hvilket politidistrikt/lensmannskontor?
--	------------------------------	-----------------------------	--

31. 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.

32. Skadet person (Gjelder ikke fører/passasjer i motpartens bil)	Etternavn, fornavn		Adresse		Telefon	<input type="checkbox"/> Kvinne	Født dato		
	Postnr./-sted		Mobiltlf.		E-post				
	<input type="checkbox"/> Fører	<input type="checkbox"/> Passasjer	<input type="checkbox"/> Fotgjenger	<input type="checkbox"/> Syklist	Sikring	<input type="checkbox"/> Bil belte	<input type="checkbox"/> Kollisjonspute	<input type="checkbox"/> Barne sikring	<input type="checkbox"/> Hjelme
<input type="checkbox"/> Omkommet		<input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus	<input type="checkbox"/> Legebehandlet	Behandlet av lege/sykehus					
33. Skadet person (Gjelder ikke fører/passasjer i motpartens bil)	Etternavn, fornavn		Adresse		Telefon	<input type="checkbox"/> Kvinne	Født dato		
	Postnr./-sted		Mobiltlf.		E-post				
	<input type="checkbox"/> Fører	<input type="checkbox"/> Passasjer	<input type="checkbox"/> Fotgjenger	<input type="checkbox"/> Syklist	Sikring	<input type="checkbox"/> Bil belte	<input type="checkbox"/> Kollisjonspute	<input type="checkbox"/> Barne sikring	<input type="checkbox"/> Hjelme
<input type="checkbox"/> Omkommet		<input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus	<input type="checkbox"/> Legebehandlet	Behandlet av lege/sykehus					
34. Skadet person (Gjelder ikke fører/passasjer i motpartens bil)	Etternavn, fornavn		Adresse		Telefon	<input type="checkbox"/> Kvinne	Født dato		
	Postnr./-sted		Mobiltlf.		E-post				
	<input type="checkbox"/> Fører	<input type="checkbox"/> Passasjer	<input type="checkbox"/> Fotgjenger	<input type="checkbox"/> Syklist	Sikring	<input type="checkbox"/> Bil belte	<input type="checkbox"/> Kollisjonspute	<input type="checkbox"/> Barne sikring	<input type="checkbox"/> Hjelme
<input type="checkbox"/> Omkommet		<input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus	<input type="checkbox"/> Legebehandlet	Behandlet av lege/sykehus					
35. Skadet person i motpartens kjøretøy	<input type="checkbox"/> NEI		<input type="checkbox"/> JA	Hvis ja, hvor mange?					

Dato	36. Forsikringstaker er kjent med ovennevnte opplysninger	37. Førerens underskrift
	Underskrift	Underskrift
	Gjenta med blokkbokstaver	Gjenta med blokkbokstaver

