

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"/>	Andre objekter enn kjøretøy		NEI <input type="checkbox"/>	5. Vitner (navn, adresse, telefon) - notér om vitnet/vitnene var passasjer i bil A eller B	
JA <input type="checkbox"/>		JA <input type="checkbox"/>		Gi nærmere opplysninger om personskade eller annen materiell skade i pkt. 29 og 32-35			
Se pkt. 29							

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 Kjøretøytid (reg.nr.) Tilhenger Kjøretøytid (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

Fører kortnr. Klasse

Utstedt dato Gyldig til

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

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

Fører kortnr. Klasse

Utstedt dato Gyldig til

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

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

11. Synlige skader på kjøretøy A

11. Synlige skader på kjøretøy B

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

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

Husk at begge førerne underskriver

15. Førerens underskrift - kjøretøy A

15. Førerens underskrift - kjøretøy 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"/> Sne/is
19. Værforhold	<input type="checkbox"/> Opphold	<input type="checkbox"/> Regn	<input type="checkbox"/> Sno	<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/ensmannskontor?
--	------------------------------	-----------------------------	---

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		Mobiltf.		E-post		<input type="checkbox"/> Mann			
	<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"/> Ingen
	<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		Mobiltf.		E-post		<input type="checkbox"/> Mann			
	<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"/> Ingen
	<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		Mobiltf.		E-post		<input type="checkbox"/> Mann			
	<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"/> Ingen
	<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

