

Skademelding-motorvogn

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

1. Skadedata
 Klokken
 2. Skadested, (gate/gatekryss, veinr. husnr. mest mulig eksakt)
 Kommune Land
 3. Personskade NEI JA

4. Annen materiell skade enn på kjøretøy A og B NEI JA Skade på andre objekter enn kjøretøy NEI JA Se pkt. 29
 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

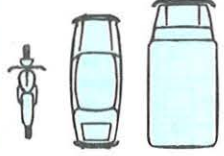
KJØRETØY A

6. Forsikrings-taker Etternavn (BRUK BLOKKBOKSTAVEN)
 Fornavn, mellomnavn Fødselsnr.
 Adresse
 Postnr./-sted, land Oppgave-pliktig for m.v.a. NEI JA
 Telefon privat Telefon arbeidssted
 Mobiltlf. E-post

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

8. Forsikrings-selskap Navn
 Forsikringsavtalnr. Kasko-forsikring NEI JA
 Grønt kort nr. (skade utenfor Norden) Gyldig til dato

9. Fører Etternavn (BLOKKBOKSTAVEN) 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

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. Kjørte ut fra parkeringsplass, privat område, gårdsvei o.l.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5. Kjørte inn på parkeringsplass, privat område, gårdsvei o.l.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6. Kjørte inn i en rundkjøring	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7. Kjørte i en rundkjøring	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8. Kjørte på bakfra i samme retning og samme kjørefelt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9. Kjørte i samme retning i annet kjørefelt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10. Skiftet kjørefelt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11. Kjørte 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 for kollisjonen
 • Avstand fra kjøretøyene til veikant og/eller til fast punkt i kollisjonsøyeblikket
 • Trafikkskilt • Bremsespor (lengde) • Veibredde

A B

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

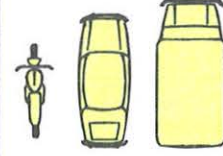
KJØRETØY B

6. Forsikrings-taker Etternavn (BRUK BLOKKBOKSTAVEN)
 Fornavn, mellomnavn Fødselsnr.
 Adresse
 Postnr./-sted, land Oppgave-pliktig for m.v.a. NEI JA
 Telefon privat Telefon arbeidssted
 Mobiltlf. E-post

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

8. Forsikrings-selskap Navn
 Forsikringsavtalnr. Kasko-forsikring NEI JA
 Grønt kort nr. (skade utenfor Norden) Gyldig til dato

9. Fører Etternavn (BLOKKBOKSTAVEN) 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 B

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

Supplerende opplysninger fra fører - MÅ ALLTID FYLLES UT

Gjelder kjøretøy

A

B

16. Hastighet	Da situasjonen oppsto	km/t	i kollisjons-øyeblikket	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"/> Sne	<input type="checkbox"/> Tåke	Temperatur	ca. °C
20. Lysforhold	<input type="checkbox"/> Dagslys	<input type="checkbox"/> Skumring	<input type="checkbox"/> Merkt	<input type="checkbox"/> Gatelys lent	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. Kjøretøyet 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilket firma?		
29. Annent materiell skadet 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 Til Mobilff. E-post						
32. Politi Behandles saken hos politiet? <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA Hvis ja, hvilket politidistrikt/fersmannskontor?						
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)	Efternavn, fornavn	Adresse	Telefon	<input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann	Født dato	
	Postnr./-sted	Mobilff.	E-post			
	<input type="checkbox"/> Fører <input type="checkbox"/> Passasjer <input type="checkbox"/> Fotgjenger <input type="checkbox"/> Syklist <input type="checkbox"/> Sikring	<input type="checkbox"/> Bilbelte <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 (Gjelder ikke fører/passasjer i motpartens kjøretøy)	Efternavn, fornavn	Adresse	Telefon	<input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann	Født dato	
	Postnr./-sted	Mobilff.	E-post			
	<input type="checkbox"/> Fører <input type="checkbox"/> Passasjer <input type="checkbox"/> Fotgjenger <input type="checkbox"/> Syklist <input type="checkbox"/> Sikring	<input type="checkbox"/> Bilbelte <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			
36. Skadet person (Gjelder ikke fører/passasjer i motpartens kjøretøy)	Efternavn, fornavn	Adresse	Telefon	<input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann	Født dato	
	Postnr./-sted	Mobilff.	E-post			
	<input type="checkbox"/> Fører <input type="checkbox"/> Passasjer <input type="checkbox"/> Fotgjenger <input type="checkbox"/> Syklist <input type="checkbox"/> Sikring	<input type="checkbox"/> Bilbelte <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			
37. Skadet person i motpartens kjøretøy	<input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA	Hvis ja, hvor mange?				

38. Dato	39. Forsikringstaker er kjent med ovennevnte opplysninger	40. Førerens underskrift
	Underskrift	Underskrift
	Gjerda med blokkbokstaver	Gjerda med blokkbokstaver