

Skademelding-motorvogn

Meldingen er ingen skylderkjennelse, men et hjelpemiddel med henblikk på rask behandling. Må undertegnes av begge førerne.

1. Skadedato	Klokken	2. Skadested (gate/gatekryss, veinr. husnr. mest mulig eksakt)	Kommune	3. Personskade	<input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA
4. Annen materiell skade enn på kjøretøy A og B.		Gi nærmere opplysning om personskade eller annen materiell skade i pkt. 30 og 33 - 36			
NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>		5. Vitner (navn, adresse, telefon) – notér om vitnet/vitnene var passasjer i bil A eller B – eventuelt nøytralt			
Se pkt. 30					

KJØRETØY A

12. Sett kryss i aktuelle felt

KJØRETØY B

6. Forsikrings-taker	Etternavn (BRUK BLOKKBOKSTAVER)	
Fornavn, mellomnavn	Fødselsnr.	
Adresse		
Postnr./-sted	<input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA	Oppgavepliktig for m.v.a.
Telefon privat	Telefon arbeidssted	
7. Kjøretøy	Kjønnetegnet (reg.nr.)	
Merketype		
8. Forsikrings-selskap	Navn	
Polisenr.	<input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA	Kasko-forsikring
Grønt kort nr. (skade utenfor Norden)	Gyldig til dato	
9. Fører	Etternavn (BRUK BLOKKBOKSTAVER)	
Fornavn, mellomnavn		
Adresse		
Postnr./-sted		
Førerkortnr./Fødselsnr.	Klasse	
Utstedt av		
Utstedt dato	Gyldig til	
Førerens alder	<input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann	Kjønn

<input type="checkbox"/> 1. Stod stille	<input type="checkbox"/> 1.
<input type="checkbox"/> 2. Satte kjøretøyet i bevegelse	<input type="checkbox"/> 2.
<input type="checkbox"/> 3. Var i ferd med å stoppe	<input type="checkbox"/> 3.
<input type="checkbox"/> 4. Kjørte <u>ut</u> fra parkeringsplass, privat område, gårdsvei	<input type="checkbox"/> 4.
<input type="checkbox"/> 5. Kjørte <u>inn</u> på parkeringsplass, privat område, gårdsvei	<input type="checkbox"/> 5.
<input type="checkbox"/> 6. Kjørte <u>inn</u> i en rundkjøring	<input type="checkbox"/> 6.
<input type="checkbox"/> 7. Kjørte <u>i</u> en rundkjøring	<input type="checkbox"/> 7.
<input type="checkbox"/> 8. Kjørte på bakfra i samme retning og samme kjørefelt	<input type="checkbox"/> 8.
<input type="checkbox"/> 9. Kjørte i samme retning i annet kjørefelt	<input type="checkbox"/> 9.
<input type="checkbox"/> 10. Skiftet kjørefelt	<input type="checkbox"/> 10.
<input type="checkbox"/> 11. Kjørte forbi	<input type="checkbox"/> 11.
<input type="checkbox"/> 12. Svingte til <u>høyre</u>	<input type="checkbox"/> 12.
<input type="checkbox"/> 13. Svingte til <u>venstre</u>	<input type="checkbox"/> 13.
<input type="checkbox"/> 14. Rygget	<input type="checkbox"/> 14.
<input type="checkbox"/> 15. Kom inn på del av veien bestemt for trafikk i motsatt retning	<input type="checkbox"/> 15.
<input type="checkbox"/> 16. Kom fra høyre (i et kryss)	<input type="checkbox"/> 16.
<input type="checkbox"/> 17. Fulgte ikke varsel om vikeplikt	<input type="checkbox"/> 17.
Antall avkryssede felt	

6. Forsikrings-taker	Etternavn (BRUK BLOKKBOKSTAVER)	
Fornavn, mellomnavn	Fødselsnr.	
Adresse		
Postnr./-sted	<input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA	Oppgavepliktig for m.v.a.
Telefon arbeidssted	Telefon privat	
7. Kjøretøy	Kjønnetegnet (reg.nr.)	
Merketype		
8. Forsikrings-selskap	Navn	
Kasko-forsikring	<input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA	Polisenr.
Grønt kort nr. (skade utenfor Norden)	Gyldig til dato	
9. Fører	Etternavn (BRUK BLOKKBOKSTAVER)	
Fornavn, mellomnavn		
Adresse		
Postnr./-sted		
Førerkortnr./Fødselsnr.	Klasse	
Utstedt av		
Utstedt dato	Gyldig til	
Førerens alder	<input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann	Kjønn

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

Hvis tvil om hvordan skissen skal tegnes, se tegneeksempel på omslaget.



11. Synlige skader



11. Synlige skader

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

15. Førerens underskrift – kjøretøy A

15. Førerens underskrift – kjøretøy B

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

Det må ikke foretas rettelser eller tilføyelser på denne siden etter at blankettene er undertegnet og skilt fra hverandre.

Supplerende opplysninger fra forsikringstaker/fører – MÅ ALLTID FYLLES UT

Gjelder kjøretøy

16. Hastighet	Da situasjonen oppsto	km/t	I kollisjonsøyeblikket	km/t	Fartsgrense på stedet	km/t	A B			
17. Veidekke	Fast dekke	Grus	18. Føre	Tørt	Vått	Snø/Is				
19. Værforhold	Opphold	Regn	Snø	Tåke	Temperatur ca. °C					
20. Lysforhold	Dagslys	Skumring	Mørkt	Gatelys tent	21. Lys som var i bruk	Fjernlys	Nærlys	Parklys	Ekstralys	
22. Utstyr som var i bruk	Høyt plassert bremselys	Kjettinger	Vinterdekk	Piggdekk	Blokkeringsfrie bremses	23. Signal gitt med	Blinklys	Horn	Lys	
24. Ansvarlig	Hvem er etter Deres mening ansvarlig for skadene?	Fører A	Fører B	Annen	Vet ikke	25. Bilen ble benyttet i næring	NEI	JA		
26. Rus-/legemiddel	Har føreren inntatt alkohol/rusmidler/trafikkfarlige legemidler?	NEI	JA	Hvis ja, kryss av for:	Alkohol	Rusmidler	Legemidler	Blodprøve tatt	NEI	JA
27. KM-stand		28. Er bilredningsfirma tilkalt	NEI	JA	29. Tyveri	NEI	JA	Ved tyveri: Fyll ut egen tyverimelding		
30. Annen materiell skade enn på kjøretøy A og B (skadet gjenstand)						Eierens navn, adresse, telefon (arb./priv.)				
31. Politi						Hvis ja. Hvilket politikammer/lensmannskontor				
Behandles saken hos politiet?						NEI				JA
32. Beskriv hvordan uhellet skjedde (om nødvendig bruk eget ark)										

PERSONSKADER SKAL MELDES TIL POLITIET

Bruk eget ark ved flere enn tre personskader.

33. Skadet person (Gjelder ikke fører/passasjer i motpartens bil)	Ettérnavn, fornavn	Yrke	Adresse	Tlf.	<input type="checkbox"/> Kvinne	Født dato				
	<input type="checkbox"/> Fører	<input type="checkbox"/> Passasjer	<input type="checkbox"/> Fotgjenger	<input type="checkbox"/> Syklist	<input type="checkbox"/> Mann					
	<input type="checkbox"/> Omkommet	<input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus	<input type="checkbox"/> Legebehandling	Behandlet av lege/sykehus	Sikring	<input type="checkbox"/> Bilbelte	<input type="checkbox"/> Kollisjonspute	<input type="checkbox"/> Barne-sikring	<input type="checkbox"/> Hjelme	<input type="checkbox"/> Ingen
34. Skadet person (Gjelder ikke fører/passasjer i motpartens bil)	Ettérnavn, fornavn	Yrke	Adresse	Tlf.	<input type="checkbox"/> Kvinne	Født dato				
	<input type="checkbox"/> Fører	<input type="checkbox"/> Passasjer	<input type="checkbox"/> Fotgjenger	<input type="checkbox"/> Syklist	<input type="checkbox"/> Mann					
	<input type="checkbox"/> Omkommet	<input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus	<input type="checkbox"/> Legebehandling	Behandlet av lege/sykehus	Sikring	<input type="checkbox"/> Bilbelte	<input type="checkbox"/> Kollisjonspute	<input type="checkbox"/> Barne-sikring	<input type="checkbox"/> Hjelme	<input type="checkbox"/> Ingen
35. Skadet person (Gjelder ikke fører/passasjer i motpartens bil)	Ettérnavn, fornavn	Yrke	Adresse	Tlf.	<input type="checkbox"/> Kvinne	Født dato				
	<input type="checkbox"/> Fører	<input type="checkbox"/> Passasjer	<input type="checkbox"/> Fotgjenger	<input type="checkbox"/> Syklist	<input type="checkbox"/> Mann					
	<input type="checkbox"/> Omkommet	<input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus	<input type="checkbox"/> Legebehandling	Behandlet av lege/sykehus	Sikring	<input type="checkbox"/> Bilbelte	<input type="checkbox"/> Kollisjonspute	<input type="checkbox"/> Barne-sikring	<input type="checkbox"/> Hjelme	<input type="checkbox"/> Ingen
36. Skadet person i motpartens kjøretøy	NEI	JA	Hvis ja. Hvor mange?							

Dato

37. Forsikringstakerens underskrift

38. Førerens underskrift