

# 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"/>	Skade på andre objekter enn kjøretøy	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	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

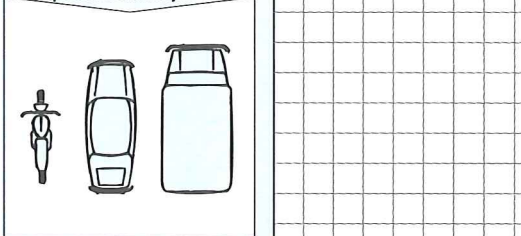
6. Forsikrings-taker		Etternavn (BRUK BLOKKBOKSTAVER)	
Fornavn, mellomnavn	Fødselsnr.		
Adresse			
Postnr./-sted, land	Oppgavepliktig for m.v.a.		NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>
Telefon privat	Telefon arbeidssted		
Mobiltlf.	E-post		

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

8. Forsikrings-selskap		Navn	
Forsikringsavtalenr.	Kasko-forsikring		NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>
Grønt kort nr. (skade utenfor Norden)	Gyldig til dato		

9. Fører		Etternavn (BLOKKBOKSTAVER)	
Fornavn, mellomnavn	Fødselsnr. (11 siffer)	Kjønn	Kvinne <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/>
Adresse			
Postnr./-sted, land	Telefon		
	Mobiltlf.	E-post	
Fører kortnr.	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.

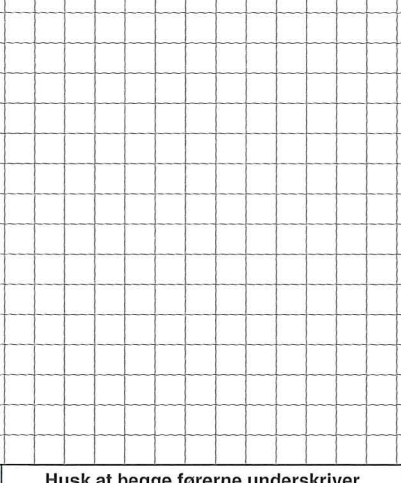
A	1. *Parkert/Sto stille i kollisjonsøyeblikket	1.	B
	2. *Satte kjøretøyet i bevegelse/åpnet dør	2.	
	3. Var i ferd med å stoppe	3.	
	4. Kjørt <u>ut</u> fra parkeringsplass, privat område, gårdsvei o.l.	4.	
	5. Kjørt <u>inn</u> på parkeringsplass, privat område, gårdsvei o.l.	5.	
	6. Kjørt <u>inn</u>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

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



Husk at begge førerne underskriver

15. Førers underskrift - kjøretøy A

15. Førers underskrift - kjøretøy B

## KJØRETØY B

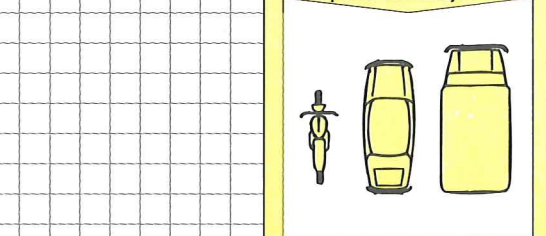
6. Forsikrings-taker		Etternavn (BRUK BLOKKBOKSTAVER)	
Fornavn, mellomnavn	Fødselsnr.		
Adresse			
Postnr./-sted, land	Oppgavepliktig for m.v.a.		NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>
Telefon privat	Telefon arbeidssted		
Mobiltlf.	E-post		

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

8. Forsikrings-selskap		Navn	
Forsikringsavtalenr.	Kasko-forsikring		NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>
Grønt kort nr. (skade utenfor Norden)	Gyldig til dato		

9. Fører		Etternavn (BLOKKBOKSTAVER)	
Fornavn, mellomnavn	Fødselsnr. (11 siffer)	Kjønn	Kvinne <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/>
Adresse			
Postnr./-sted, land	Telefon		
	Mobiltlf.	E-post	
Fører kortnr.	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

<b>16. Hastighet</b>	Da situasjonen oppsto	I kollisjonsøyeblikket	Fartsgrense på stedet
	km/t	km/t	km/t
<b>17. Veidekke</b>	<input type="checkbox"/> Fast dekke	<input type="checkbox"/> Grus	<b>18. Føre</b>
			<input type="checkbox"/> Tørt
			<input type="checkbox"/> Vått
			<input type="checkbox"/> Sno/ls
<b>19. Værforhold</b>	<input type="checkbox"/> Opphold	<input type="checkbox"/> Regn	<input type="checkbox"/> Snø
	<input type="checkbox"/> Tåke	Temperatur ca. °C	
<b>20. Lysforhold</b>	<input type="checkbox"/> Dagslys	<input type="checkbox"/> Skumring	<input type="checkbox"/> Mørkt
	<input type="checkbox"/> Gatelys tent	<b>21. Lys som var i bruk</b>	
		<input type="checkbox"/> Fjernlys	<input type="checkbox"/> Nærlys
		<input type="checkbox"/> Parklys	<input type="checkbox"/> Ekstralys
		<input type="checkbox"/> Brukte ikke lys	
<b>22. Utstyr som var i bruk</b>	<input type="checkbox"/> Kjettinger	<input type="checkbox"/> Vinterdekk uten pigger	<input type="checkbox"/> Piggdekk
		<input type="checkbox"/> Sommerdekk	
<b>23. Signal gitt med</b>	<input type="checkbox"/> Blinklys		
	<input type="checkbox"/> Horn		
	<input type="checkbox"/> Lys		
<b>24. Ansvarlig</b>	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		
<b>25. Kjøretøyet ble benyttet i næring</b>	<input type="checkbox"/> NEI		
	<input type="checkbox"/> JA		
<b>26. Rus-/legemiddel</b>	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
	Utåndings-/blodprøve tatt <input type="checkbox"/> NEI		
	<input type="checkbox"/> JA		
<b>27. Kilometerstand</b>	<b>28. Er bilredningsfirma tilkalt</b>		
	<input type="checkbox"/> NEI		
	<input type="checkbox"/> JA		
	<input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilket firma?		
<b>29. Annen materiell skade enn på kjøretøy A og B (skadet gjenstand/eiendom)</b>			
<b>30. Tidligere skader</b>	<input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA	Hvis ja, gi en kort beskrivelse
<b>31. Eierens navn og adresse</b>			
	Postnr./-sted	Tlf.	Mobil tlf.
			E-post
<b>32. Politi</b>	Behandles saken hos politiet?		
	<input type="checkbox"/> NEI		
	<input type="checkbox"/> JA		
<b>33. Beskriv så tydelig som mulig hvordan uhellet skjedde (om nødvendig bruk eget ark)</b>			

**PERSONSKADER SKAL MELDES TIL POLITIET**  
**Bruk eget ark ved flere enn tre personskader.**

<b>34. Skadet person</b> (Gjelder ikke fører/passasjer i motpartens kjøretøy)	Etternavn, fornavn		Adresse		Telefon		<input type="checkbox"/> Kvinne	Fodt dato		
	Postnr./-sted			Mobil tlf.		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"/> Hjelm	<input type="checkbox"/> Ingen
	<input type="checkbox"/> Omkommet		<input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus	<input type="checkbox"/> Legebehandlet	Behandlet av lege/sykehus					
<b>35. Skadet person</b> (Gjelder ikke fører/passasjer i motpartens kjøretøy)	Etternavn, fornavn		Adresse		Telefon		<input type="checkbox"/> Kvinne	Fodt dato		
	Postnr./-sted			Mobil tlf.		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"/> Hjelm	<input type="checkbox"/> Ingen
	<input type="checkbox"/> Omkommet		<input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus	<input type="checkbox"/> Legebehandlet	Behandlet av lege/sykehus					
<b>36. Skadet person</b> (Gjelder ikke fører/passasjer i motpartens kjøretøy)	Etternavn, fornavn		Adresse		Telefon		<input type="checkbox"/> Kvinne	Fodt dato		
	Postnr./-sted			Mobil tlf.		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"/> Hjelm	<input type="checkbox"/> Ingen
	<input type="checkbox"/> Omkommet		<input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus	<input type="checkbox"/> Legebehandlet	Behandlet av lege/sykehus					
<b>37. Skadet person i motpartens kjøretøy</b>	<input type="checkbox"/> NEI		<input type="checkbox"/> JA		Hvis ja, hvor mange?					

<b>38. Dato</b>	<b>39. Forsikringstaker er kjent med ovennevnte opplysninger</b>	<b>40. Forerens underskrift</b>
	Underskrift	Underskrift
	Gjenta med blokkbokstaver	Gjenta med blokkbokstaver