



1 Date of accident Time **2** Locality - Country - Place

3 Injuries even if slight
no yes

4 Material damage
other than to vehicles A and B: no yes objects other than vehicles: no yes

5 Witnesses: names, addresses, tel.

Vehicle A

6 Insured/policyholder* * see insurance certificate
Surname
First name
Address
Postcode Country
Tel. or e-mail

7 Vehicle

Motor:
Make, type
Registration No.
Country of registration

Trailer:
Registration No.
Country of registration

8 Insurance company (see insurance certificate)
Surname
Policy No.
Green Card No.
Insurance Certificate or Green Card valid from to
Agency (or bureau, or broker)
Address
Country
Tel. or e-mail
Does the policy cover material damage to the vehicle? no yes

9 Driver (see driving licence)
Surname
First name
Date of birth
Address
Country
Tel. or email
Driving licence No.
Category (A, B, ...)
Driving licence valid until:

Circumstances

12 Put a cross in each of the relevant boxes to help explain the drawing -* delete where appropriate:

| A | What happened? | B |
|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | * parked / stopped | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | * leaving a parking space / opening a vehicle door | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | entering a parking space | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | *emerging from a parking space, from private premises, from a track | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | *entering a parking space, private premises, a track | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | entering a roundabout | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | circulating a roundabout | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | striking the rear of the other vehicle in the same line of traffic and travelling in the same direction | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | going in the same direction but in a different line of traffic | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | changing lines of traffic | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | overtaking | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | turning to the right | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | turning to the left | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | reversing | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | changing to a lane reserved for traffic in the opposite direction | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | coming from the right (at a junction) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | had not observed a priority sign or a red light | <input type="checkbox"/> |

← State the number of boxes marked with a cross →

13 Sketch of accident when impact occurred
Complete your sketch later: www.AccidentSketch.com
Indicate **1.** the layout of the road **2.** by arrows the direction of the vehicles A, B **3.** their position at the time of impact **4.** the road signs **5.** names of the streets or roads

Vehicle B

6 Insured/policyholder* * see insurance certificate
Surname
First name
Address
Postcode Country
Tel. or e-mail

7 Vehicle

Motor:
Make, type
Registration No.
Country of registration

Trailer:
Registration No.
Country of registration

8 Insurance company (see insurance certificate)
Surname
Policy No.
Green Card No.
Insurance Certificate or Green Card valid from to
Agency (or bureau, or broker)
Address
Country
Tel. or e-mail
Does the policy cover material damage to the vehicle? no yes

9 Driver (see driving licence)
Surname
First name
Date of birth
Address
Country
Tel. or email
Driving licence No.
Category (A, B, ...)
Driving licence valid until:

10 Indicate the point of initial impact to vehicle A by an arrow →

11 Visible damage to vehicle A:

14 My remarks:

Your Sketch of the accident:

15 Signatures of the drivers **15**



10 Indicate the point of initial impact to vehicle B by an arrow →

11 Visible damage to vehicle B:

14 My remarks:



1 Olyckan hände, datum Tid

2 Postnr / Ort

3 Skadade inkl. lätt skadade
nej ja

4 Materiell skada på
andra fordon än A och B: nej ja andra föremål än fordon: nej ja

5 Vittnen: namn, adresser, telefon

Fordon A

6 Försäkringstagare/ den försäkrade* * se försäkringsintyg
Efternamn
Förnamn
Adress
Postnr Land
Tel. eller e-post

7 Fordon

Motorfordon: Märke, typ
Registreringsnummer
registrerat i landet

Släpvagn: Registreringsnummer
registrerat i landet

8 Försäkringsbolag (se försäkringsbevis)

Namn
Kontraktnummer
Gröna kortets nummer
Försäkringsbevis eller grönt kort giltigt f.o.m.
t.o.m.
Expeditionens namn (kontor eller mäklare)
Adress
Land
Tel. eller e-post
Är de materiella skadorna på fordonet försäkrade på grund av kontraktet? nej ja

9 Bilförare (se körkort)

Efternamn
Förnamn
Födelsedatum
Adress
Land
Tel. eller e-post
Körkortsnummer
Körkortsklass (A, B, ...)
Körkort giltigt t.o.m.

10 Markera det ursprungliga stället på fordon A där krocken skedde med en pil →

11 Synliga skador på fordon A

14 Egna anmärkningar

Olycksförhållanden

12 Kryssa i varje motsvarande ruta för att precisera skissen. Stryk den text som inte stämmer:

| A | Hur kom det sig att olyckan hände? | B |
|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 parkerade / stannade till | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 2 lämnade en parkeringsplats / öppnade en bildörr | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 3 höll på att parkera | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 4 lämnade en parkeringsplats, en privat tomt, en väg | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 5 började köra in på en parkeringsplats, en privat tomt, en väg | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 6 körde in i en rondell | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 7 körde i en rondell | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 8 stötte ihop med häcken vid körning i samma riktning och i samma fil | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 9 körde i samma riktning och i en annan fil | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 10 bytte fil | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 11 körde om | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 12 tog av till höger | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 13 tog av till vänster | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 14 backade | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 15 körde över till filen i motsatt riktning | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 16 kom från höger (i en korsning) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 17 hade inte beaktat en huvudled eller ett rött ljus | <input type="checkbox"/> |

← Var god uppge antalet kryssade rutor →

13 Skiss av olyckan vid den tidpunkt krocken hände
Komplettera din skiss senare på se.accidentsketch.com
Var god ange: 1. filernas riktningar
2. fordonen A och B:s körriktning (med pilar)
3. deras position vid den tidpunkt krocken hände
4. vägmärkena 5. gatunamnen

Din skiss:

Fordon B

6 Försäkringstagare/ den försäkrade* * se försäkringsintyg
Efternamn
Förnamn
Adress
Postnr Land
Tel. eller e-post

7 Fordon

Motorfordon: Märke, typ
Registreringsnummer
registrerat i landet

Släpvagn: Registreringsnummer
registrerat i landet

8 Försäkringsbolag (se försäkringsbevis)

Namn
Kontraktnummer
Gröna kortets nummer
Försäkringsbevis eller grönt kort giltigt f.o.m.
t.o.m.
Expeditionens namn (kontor eller mäklare)
Adress
Land
Tel. eller e-post
Är de materiella skadorna på fordonet försäkrade på grund av kontraktet? nej ja

9 Bilförare (se körkort)

Efternamn
Förnamn
Födelsedatum
Adress
Land
Tel. eller e-post
Körkortsnummer
Körkortsklass (A, B, ...)
Körkort giltigt t.o.m.

10 Markera det ursprungliga stället på fordon B där krocken skedde med en pil →

11 Synliga skador på fordon B

14 Egna anmärkningar

15 Bilförarnas underskrifter

