

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"/>	Andre objekter enn kjøretøy		NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	Se pkt. 29
5. Vitner (navn, adresse, telefon) - noter om vitnet/vitnene var passasjer i bil A eller B						

KJØRETØY A

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

6. Forsikrings-taker (Bruk Blokkbokstaver)
Etternavn (BRUK BLOKKBOKSTAVET)
Fornavn, mellomnavn | Fødselsnr.
Adresse
Postnr./-sted, land | Oppgavepliktig for m.v.a. NEI JA
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 JA
Grønt kort nr. (skade utenfor Norden) | Gyldig til dato

9. Fører (Etternavn (BLOKKBOKSTAVET)) | Kjønn Kvinne Mann
Fornavn, mellomnavn | Fødselsnr. (11 siffer) | Alder
Adresse
Postnr./-sted, land
Telefon | Mobiltlf. | E-post
Førerkortnr. | Klasse
Utstedt dato | Gyldig til

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

A < > B

KJØRETØY B

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

6. Forsikrings-taker (Bruk Blokkbokstaver)
Etternavn (BRUK BLOKKBOKSTAVET)
Fornavn, mellomnavn | Fødselsnr.
Adresse
Postnr./-sted, land | Oppgavepliktig for m.v.a. NEI JA
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 JA
Grønt kort nr. (skade utenfor Norden) | Gyldig til dato

9. Fører (Etternavn (BLOKKBOKSTAVET)) | 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

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"/> Snø/is
19. Værforhold	<input type="checkbox"/> Opphold	<input type="checkbox"/> Regn	<input type="checkbox"/> Snø	<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/lensmannskontor?
--	------------------------------	-----------------------------	--

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

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"/> Snø/is
19. Værforhold	<input type="checkbox"/> Opphold	<input type="checkbox"/> Regn	<input type="checkbox"/> Snø	<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.	Mobiliff.	E-post		

30. **Politi**
Behandles saken hos politiet? NEI JA
Hvis ja. Hvilket politidistrikt/ensmannskontor?

31. **Beskriv så tydelig som mulig hvordan uheftet 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	Mobiltlf.		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	Mobiltlf.		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	Mobiltlf.		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