

Texta tydligt!

Försäkringstagarens efternamn och tilltalsnamn		Personnummer (10 siffror)
Vårdnadshavarens namn (för barn under 18 år)		
Utdelningsadress		Telefon dagtid (även riktnr)
Postnummer och ortnamn		Telefon kvällstid (även riktnr)
E-postadress		
Hemkommun	Eventuell skolkommun	
Föreningens namn, adress och telefon		Föreningsnummer
Vilket förbund tillhör föreningen?		Försäkringsnummer
Finns annan olycksfallsförsäkring hos Folksam eller annat försäkringsbolag?		
<input type="checkbox"/> Ja, bolag:		<input type="checkbox"/> Nej, endast idrottsförsäkring
Om skadan uppstod vid en trafikolycka, ange Fordonets registreringsnummer		Fordonets registreringsnummer Försäkringsbolag

Ifylls endast om skadeanmälan avser Utförsåkarförsäkringen (SLAO) eller Hästsportförsäkringen

Om försäkringen är tecknad för hela familjen, ange vem den är registrerad på	Personnummer (10 siffror)
--	---------------------------

Beskrivning av olycksfallet (Ifylls alltid)

När inträffade olycksfallet (år, mån, dag)?		
Hur gick olycksfallet till och vad höll du på med? Ange plats, händelseförlopp och övriga omständigheter.		
Vilken skada blev följden (kroppsdela/diagnos)?		Anges om möjligt <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster
Har denna kroppsdela tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	Om "Ja", år, mån, dag	På vilket sätt?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
När anlätades läkare? (år, mån, dag)	Läkarens namn och adress	
Vilken läkare behandlar dig nu? (Läkarens namn och adress)		
Olycksfallet inträffade i samband med		
<input type="checkbox"/> Match/tävling	<input type="checkbox"/> Träning	<input type="checkbox"/> Resa till/från match/träning
<input type="checkbox"/> Fritid i samband med idrottsresa		
På vilken nivå idrottar du?		
<input type="checkbox"/> Allsvenska, Elitserie, SM-nivå	<input type="checkbox"/> Div 2-3, riks- eller regionsnivå	<input type="checkbox"/> Lägre div än 3, klubbmästerskap
<input type="checkbox"/> Motions-, korparrangemang	<input type="checkbox"/> Juniorserie, junioridrott	<input type="checkbox"/> Pojk- eller flicklag ungdomsidrott
Då jag skadade mig var jag		Annat funktion, vilken?
<input type="checkbox"/> Aktiv idrottsutövare	<input type="checkbox"/> Ledare, funktionär, tränare	<input type="checkbox"/> Domare
Har du arvode som idrottsutövare, ledare eller domare som överstiger ett halvt basbelopp?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

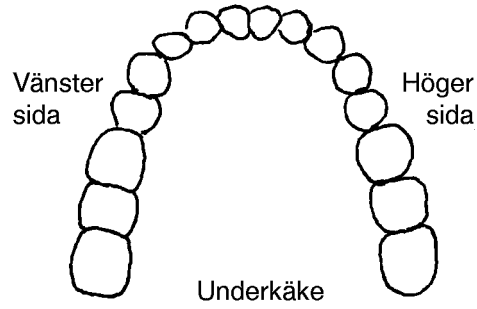
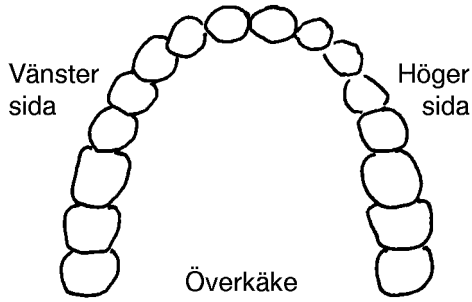
Vänd!

Ifylles vid tandskada

Kryssa för och markera på bilderna vilka tänder som blivit skadade

Mjölktänder

Permanenta tänder



Utbetalning

För utbetalning, var god ange bank samt clearing- och kontonummer.

Bank

Clearingnr

Kontonr

Personkontonr

Postgiro

Intyg från föreningen

(Behövs inte för Utförsåkarförsäkringen (SLAO) och Hästsportförsäkringen.)

Lämnade uppgifter är sanna och stämmer med verkligheten.

.....
Datum och underskrift av sekreterare eller annan ansvarig i föreningen

Underskrift

Härmed intygas att här lämnade uppgifter är riktiga. Samtidigt medger jag att försäkringskassan eller försäkringsinrättningar samt läkare och sjukvårdsinrättningar som jag anlitat eller kommer att anlita, får lämna Folksam utdrag ur sjukjournaler eller de uppgifter som behövs för bedömning av ersättningsfrågan.

.....
Datum och den försäkrades namnteckning

Folksams behandling av personuppgifter

Ansvarig för behandling av dina personuppgifter är de Folksambolag du har försäkringsavtal med. För utdrag ur Folksams register skriv till Registerutdrag, Folksam, 106 60 Stockholm. Vid fel i registrerade personuppgifter, kontakta Kundtjänst på närmaste Folksamkontor.

Information

Vid olycksfallsskada

- Skicka anmälan till Folksam, Marknadsområde Idrott, 106 60 Stockholm.
- Anmälan kan även göras på telefon till Folksam, 08-772 87 40.
- För att akutersättning ska lämnas från licensförsäkringen ska originalkvittot från första läkarbesöket skickas in.
- Akutersättningen utbetalas alltid till den försäkrade.
- Ersättning för förlorad arbetsinkomst ingår inte i försäkringen.