

Skadeanmälan sänds till: Folksam, Idrott, 106 60 Stockholm.

Försäkring nr <b>K 64920 Svemo</b>
Personnr (år, mån, dag, nr)

Efternamn och förnamn (tilltalsnamnet, understryks)			Personnr (år, mån, dag, nr)		
Utdelningsadress		Postnr och ortnamn			
		<input type="checkbox"/> Man		<input type="checkbox"/> Kvinna	
Telefon bostaden, även riktnr		Telefon arbetet, även riktnr			
Jag vill att ersättning sätts in på:		Bankens namn		Clearingnr	Kontonr
<input type="checkbox"/> Konto i bank		Kontonr			
<input type="checkbox"/> Bankgiro/Plusgiro/Personkonto					

På vilken bana (godkänd av Svemo) inträffade olycksfallet?

När inträffade olycksfallet? (ange år, mån, dag)	Olycksfallet inträffade på: <input type="checkbox"/> Tävling <input type="checkbox"/> Träning <input type="checkbox"/> Resa till/från träning eller tävling	Licenstag
---	--	-----------

Vilken idrottsgren utövades vid olycksfallet?

Hur gick olycksfallet till? Ange plats, händelseförlopp och övriga omständigheter

---

---

---

---

---

---

---

---

Vilken kroppsdel är skadad?	Anges om möjligt <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Höger
Har den skadade kroppsdelens tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	Om "Ja", ange datum och händelseförlopp <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

När kontaktade du läkare? ange datum	Läkarens, sjukhusets/vårdinrättningens namn
Har du vårdats på sjukhus?	Om "Ja", fr o m - t o m datum <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Sjukhusets/vårdinrättningens namn, adress och telefonnr	
<hr/> <hr/>	

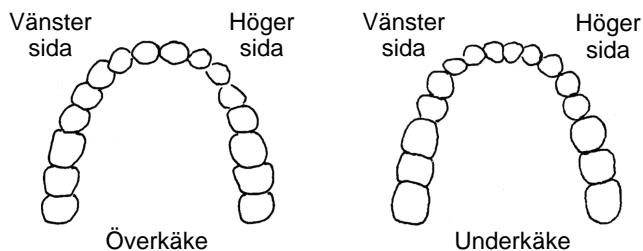
Finns risk för kvarstående besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har läkarbehandlingen avslutats? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", ange datum
Finns annan olycksfallsförsäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", ange vilket bolag och försäkringsnummer	Om "Ja", är skadan anmäld även dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du arvode som idrottsutövare som överstiger ett halvt basbelopp? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

## Ifylls vid tandskada

Vilka tänder har blivit skadade?

Markera på bilderna vilka tänder som blivit skadade

Mjölktänder  Permanenta tänder



## Intyg från föreningen

.....  
Datum

Föreningens stämpel:

.....  
Underskrift av sekreterare eller annan ansvarig i föreningen

Skaderapport inskickad till Folksam Idrott, 106 60 Stockholm

## Underskrift av försäkrad

Härmed intygas att 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

.....  
Den försäkrades namnteckning

## Folksamns behandling av personuppgifter

Ansvarig för behandling av dina personuppgifter är de Folksambolag du har försäkringsavtal med. För utdrag ur Folksamns 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, Idrott, 106 60 Stockholm
- Anmäl alltid skada, även om du inte haft några kostnader.

Blanketten sänds till: Folksam, Idrott, 106 60 Stockholm

Blanketten ifylls alltid av ansvarig person, samt lämnas där-  
 efter till den skadade. Alla uppgifter måste fyllas i noggrant  
 för att kunna fastställa rätt försäkringsnivå och ge rätt under-  
 lag till skadestatistik och eventuella förebyggande åtgärder.  
 Vid träning/tävling i Sverige. Skadan ska omedelbart efter  
 olycksfallet anmälas till domare eller ansvarig ledare.

### Vid träning/tävling utomlands

Skadan ska snarast efter olycksfallet anmälas till Folksam.  
 Anmälan ska vara verifierad av domare eller ansvarig ledare.  
 Skadeanmälan sänds till Folksam.

			Försäkring nr <b>K 64920 Svemo</b>				
<b>1. Arrangör</b>	Förening	Bana	Datum år, mån, dag				
<b>2. Skadad person</b>	Den skadades namn		Personnr (år, mån, dag, nr)				
	Vid olyckstillfället var den skadade <input type="checkbox"/> 1 Förare		<input type="checkbox"/> 2 Passagerare				
<b>3. Licensgren</b>	<input type="checkbox"/> 1 Enduro	<input type="checkbox"/> 2 Trial	<input type="checkbox"/> 3 Backe	<input type="checkbox"/> 4 Motorcross	<input type="checkbox"/> 5 Dragracing	<input type="checkbox"/> 6 Roadracing	<input type="checkbox"/> 7 Snöskoter
	<input type="checkbox"/> 8 Speedway	<input type="checkbox"/> 9 Isracing	<input type="checkbox"/> 10 Sandbana	<input type="checkbox"/> 11 Gräsbana	<input type="checkbox"/> 12 Guldhjelm	<input type="checkbox"/> 13 Classic	<input type="checkbox"/> 14 Knatte
	<input type="checkbox"/> 15 SuperMoto	<input type="checkbox"/> 16 MiniMoto	<input type="checkbox"/> 17 Amatör	<input type="checkbox"/> 18 70Racing	<input type="checkbox"/> 19 Free style motorcross	<input type="checkbox"/> 20 Fiddy	
	21. Annan licenstyp:						
<b>4. Gren där skadan inträffat</b>	<input type="checkbox"/> 1 Enduro	<input type="checkbox"/> 2 Trial	<input type="checkbox"/> 3 Backe	<input type="checkbox"/> 4 Motorcross	<input type="checkbox"/> 5 Dragracing	<input type="checkbox"/> 6 Roadracing	<input type="checkbox"/> 7 Snöskoter
	<input type="checkbox"/> 8 Speedway	<input type="checkbox"/> 9 Isracing	<input type="checkbox"/> 10 Sandbana	<input type="checkbox"/> 11 Gräsbana	<input type="checkbox"/> 12 Sliding (träning)	<input type="checkbox"/> 13 SuperMoto	<input type="checkbox"/> 14 Isbana
	<input type="checkbox"/> 15 MiniMoto	<input type="checkbox"/> 16 70Racing	17. Annan gren:				
<b>5. Licenstyp</b>	Årslicens:	<input type="checkbox"/> 1 Nationell	<input type="checkbox"/> 2 Nationell/ Internationell	<input type="checkbox"/> 3 Engångslicens nationell	<input type="checkbox"/> 4 Banlicens (olicensierad förare/passagerare)		
<b>6. Träning/ Tävlingsstatus</b>	<input type="checkbox"/> 1 VM	<input type="checkbox"/> 2 EM	<input type="checkbox"/> 3 NM	<input type="checkbox"/> 4 INT	<input type="checkbox"/> 5 SM	<input type="checkbox"/> 6 JSM	<input type="checkbox"/> 7 RM
	<input type="checkbox"/> 8 DM	<input type="checkbox"/> 9 KM	<input type="checkbox"/> 10 Nationell	<input type="checkbox"/> 11 Guldhjelm	<input type="checkbox"/> 12 Ungdom 12-16 år	<input type="checkbox"/> 13 Enklare	<input type="checkbox"/> 14 Träning
	<input type="checkbox"/> 15 Uppvisning	<input type="checkbox"/> 16 Fysisk träning utan mc i klubbregi (gäller endast licensierade förare/passagerare)					<input type="checkbox"/> 17 Knatte
<b>7. Olycksförlopp</b>	Vad påverkades olycksförloppet av?	1. Fordonet?		2. Banans utformning?		3. Banunderlagets beskaffenhet?	
		<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nej	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nej	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nej
	4. Annan orsak:						
<b>8. Kroppsskada</b>	1. Vilken kroppsdel skadades?	<input type="checkbox"/> 1 Huvud	<input type="checkbox"/> 2 Arm	<input type="checkbox"/> 3 Fingrar	<input type="checkbox"/> 4 Ben	<input type="checkbox"/> 5 Fot	<input type="checkbox"/> 6 Bål
	2. Var den skadade medvetslös?	<input type="checkbox"/> 1 Ja		<input type="checkbox"/> 2 Nej			
	3. Åkte den skadade ambulans?	<input type="checkbox"/> 1 Ja		<input type="checkbox"/> 2 Nej			
<b>9. Nackskydd</b>	1. Användes nackskyddet vid olyckstillfället?	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nej	Om "Ja", märke och modell			
<b>Underskrift</b>	Klubbstämpel:						
	Ort och datum						
	Underskrift av ansvarig domare/ledare			Telefon, även riktnr			