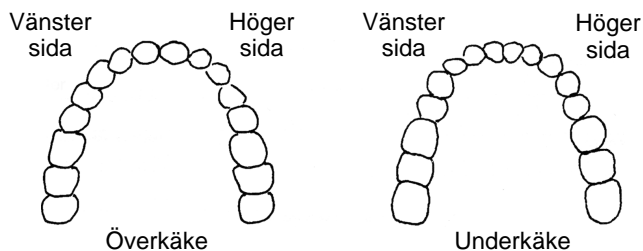


Ifylls vid tandskada

Vilka tänder har blivit skadade?

Markera på bilderna vilka tänder som blivit skadade

Mjölktänder Permanenta tänder



Intyg från föreningen

.....
Datum

Föreningens stämpel (om sådan finns):

.....
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.

Fullständigt ifylld blankett sänds till:
Folksam, Idrott, 106 60 Stockholm

Blanketten ifylls alltid av ansvarig person (fråga 1-6), samt lämnas därefter till den skadade för i fyllnad (fråga 7-10). Alla uppgifter måste fyllas i noggrant för att kunna fastställa rätt försäkringsnivå och ge rätt underlag 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.

Ifylls av ansvarig domare/ledare			Försäkring nr K 64970				
1. Arrangör	Förening	Bana	Datum år, mån, dag				
	Sportgren		Banlicens nr				
2. Skadad person	Den skadades namn	Personnr (år, mån, dag, nr)	Klubbtillhörighet				
	Vid olyckstillfället var den skadade	1 <input type="checkbox"/> Förare	2 <input type="checkbox"/> Kartläsare	3 <input type="checkbox"/> Ansvarig medföljande			
3. Licensgren	1 <input type="checkbox"/> Rally, RY	2 <input type="checkbox"/> Bilorientering, Bil-O	3 <input type="checkbox"/> Rallycross, RC	4 <input type="checkbox"/> Backe, BA	5 <input type="checkbox"/> Folkrace, FR	6 <input type="checkbox"/> Racing, RA	7 <input type="checkbox"/> Dragracing, DR
	8 <input type="checkbox"/> Karting, KA	9 <input type="checkbox"/> Radiostyrd bilsport, RB	10 <input type="checkbox"/> Crosskart, CK	11 <input type="checkbox"/> Offroad, OR	12 <input type="checkbox"/> Virtuellt Bilsport, VB	13 <input type="checkbox"/> Drifting, DG	14 <input type="checkbox"/> Annan licenstyp:
4. Gren där skadan inträffat	1 <input type="checkbox"/> Rally, RY	2 <input type="checkbox"/> Bilorientering, Bil-O	3 <input type="checkbox"/> Rallycross, RC	4 <input type="checkbox"/> Backe, BA	5 <input type="checkbox"/> Folkrace, FR	6 <input type="checkbox"/> Racing, RA	7 <input type="checkbox"/> Dragracing, DR
	8 <input type="checkbox"/> Karting, KA	9 <input type="checkbox"/> Radiostyrd bilsport, RB	10 <input type="checkbox"/> Crosskart, CK	11 <input type="checkbox"/> Offroad, OR	12 <input type="checkbox"/> Virtuellt Bilsport, VB	13 <input type="checkbox"/> Drifting, DG	14 <input type="checkbox"/> Annan gren:
5. Licenstyp	Årslicens: 1 <input type="checkbox"/> Nationell	2 <input type="checkbox"/> Nationell/Internationell	3 <input type="checkbox"/> Prova på licens				
6. Träning/Tävlingsstatus	1 <input type="checkbox"/> INT	2 <input type="checkbox"/> VM	3 <input type="checkbox"/> EM	4 <input type="checkbox"/> NEZ/NoM	5 <input type="checkbox"/> SM	6 <input type="checkbox"/> JSM	7 <input type="checkbox"/> JRM
	8 <input type="checkbox"/> RM	9 <input type="checkbox"/> DM/FM	10 <input type="checkbox"/> Klubbävling	11 <input type="checkbox"/> Träning	12 <input type="checkbox"/> Förarkurs	13 <input type="checkbox"/> Uppvisning	14 <input type="checkbox"/> Lokaltävling
	15 <input type="checkbox"/> Distrikstävling (Nat)	16 <input type="checkbox"/> Rikstävling (Nat)					
7. Tävlingsfordon	Bilmärke	Bilklass					
Underskrift av ansvarig domare/ledare	Klubbstämpel:						
						
	Ort och datum						
						
	Underskrift av ansvarig domare/ledare						
	Telefon, även riktnr						

Ifylls av den skadade på baksidan.

Ifylls av den skadade

4 (4)

8. Olycksförlopp	Vad påverkades olycksförloppet av?	1. Fordonet?		2. Banans utformning?		3. Banunderlagets beskaffenhet?			
		1 <input type="checkbox"/> Ja	2 <input type="checkbox"/> Nej	1 <input type="checkbox"/> Ja	2 <input type="checkbox"/> Nej	1 <input type="checkbox"/> Ja	2 <input type="checkbox"/> Nej		
		4. Annan orsak:							
9. Väderlek	1 <input type="checkbox"/> Regn	2 <input type="checkbox"/> Snöfall	3 <input type="checkbox"/> Snö	4 <input type="checkbox"/> Is	5 <input type="checkbox"/> Torrt	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>		
10. Kroppsskada	1. Vilken kroppsdel skadades?		1 <input type="checkbox"/> Huvud	2 <input type="checkbox"/> Arm	3 <input type="checkbox"/> Fingrar	4 <input type="checkbox"/> Ben	5 <input type="checkbox"/> Fot	6 <input type="checkbox"/> Bål	
	Anges om möjligt								
	<input type="checkbox"/> 1 Vänster		<input type="checkbox"/> 2 Höger						
	2. Var den skadade medvetslös?				1 <input type="checkbox"/> Ja	2 <input type="checkbox"/> Nej	3. Åkte den skadade ambulans?		1 <input type="checkbox"/> Ja
4. Lossnade hjälmen vid olyckan?				1 <input type="checkbox"/> Ja	2 <input type="checkbox"/> Nej	Hjälmens fabrikat och vikt (gram)			
11. Nackskydd	1. Användes nackskydd vid olyckstillfället?		1 <input type="checkbox"/> Ja	2 <input type="checkbox"/> Nej					
	2. Användes HNRS-system?		1 <input type="checkbox"/> Ja	2 <input type="checkbox"/> Nej					
Märke och modell av Mjukt Nackskydd eller HNRS-system									
Underskrift av den skadade	Ort och datum								
	Underskrift av den skadade				Telefon, även riktnr				