



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

Försäkring nr  
**K 64970**

1. Skadad person <input type="checkbox"/> 1 Förare <input type="checkbox"/> 2 Kartläsare <input type="checkbox"/> 3 Funktionär <input type="checkbox"/> 4 Mekaniker		2. Kön <input type="checkbox"/> 1 Man <input type="checkbox"/> 2 Kvinna		3. Bilmärke och årsmodell	
Efternamn och förnamn (tilltalsnamnet, understryks)		Personnr (år, mån, dag, nr)		Telefon bostaden, även riktnr	
Utdelningsadress		Postnr och ortnamn		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					
4. På vilken bana inträffade olycksfallet?					Licenstag
5. När inträffade olycksfallet år, mån, dag		Olycksfallet inträffade på: <input type="checkbox"/> 1 Tävlings <input type="checkbox"/> 2 Träning		Resa till/från träning <input type="checkbox"/> 3 eller tävling <input type="checkbox"/> 4 Uppvisning	
6. Vilken idrottsgren utövades vid olycksfallet?		7. Tävlingsstatus		8. Väderleksförhållande	
<input type="checkbox"/> 1 Rally, RY <input type="checkbox"/> 9 Dragracing, DR		<input type="checkbox"/> 1 INT <input type="checkbox"/> 8 RM		<input type="checkbox"/> 1 Regn	
<input type="checkbox"/> 2 Rallyspecial, RS <input type="checkbox"/> 10 Karting, KA		<input type="checkbox"/> 2 VM <input type="checkbox"/> 9 DM/FM		<input type="checkbox"/> 2 Snöfall	
<input type="checkbox"/> 3 Bilorientering, Bil-O <input type="checkbox"/> 11 Radiostyrd bilsport, RB		<input type="checkbox"/> 3 EM <input type="checkbox"/> 10 Klubbträv.		<input type="checkbox"/> 3 Snö	
<input type="checkbox"/> 4 Rallycross, RC <input type="checkbox"/> 12 Crosskart, CK		<input type="checkbox"/> 4 NEZ/NoM <input type="checkbox"/> 11 Träning		<input type="checkbox"/> 4 Is	
<input type="checkbox"/> 5 Backe, BA <input type="checkbox"/> 13 Offroad, OR		<input type="checkbox"/> 5 SM <input type="checkbox"/> 12 Förarkurs		<input type="checkbox"/> 5 Torrt	
<input type="checkbox"/> 6 Folkrace, FR <input type="checkbox"/> 14 Virtuell Bilsport, VB		<input type="checkbox"/> 6 JSM <input type="checkbox"/> 13 Uppvisning		<input type="checkbox"/> 6 .....	
<input type="checkbox"/> 7 Racing, RA <input type="checkbox"/> 15 Drifting, DG		<input type="checkbox"/> 7 JRM <input type="checkbox"/> 14 Lokaltäv.		<input type="checkbox"/> 7 .....	
<input type="checkbox"/> 8 Is-racing, IR		Annat sportgren:			
Hur gick olycksfallet till? Ange plats, händelseförlopp och övriga omständigheter (fortsätt på baksidan)					
.....					
9. Påverkades olycksförloppet av något av följande? <input type="checkbox"/> 1 hjälm <input type="checkbox"/> 2 Klädsel <input type="checkbox"/> 3 Fordon <input type="checkbox"/> 4 Banans utformning					
10. Om du markerat med kryss för hjälm, vilka skador har uppstått?			Lossnade hjälmen vid olyckan?		Hjälmens fabrikat
<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nej			<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nej		
11. Vilken kroppsdel är skadad?    Anges om möjligt		Var den skadade medvetslös?		Åkte den skadade med ambulans?	
<input type="checkbox"/> 1 Vänster <input type="checkbox"/> 2 Höger		<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nej		<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nej	
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					
.....					
Finns risk för kvarstående besvär?		Har läkarbehandlingen avslutats?		Om "Ja", ange datum	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Finns annan olycksfallsförsäkring?		Om "Ja", ange vilket bolag och försäkringsnummer		Om "Ja", är skadan anmäld även dit?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				<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					

