



SKADEMELDING

Idrett



Fyll ut alle blankettens rubrikker som har tilknytning til skaden. Hvis ett eller flere spørsmål ikke kan besvares; vennligst forklar hvorfor.

Forsikringsinformasjon

Idrettsforbund		Skadenr.	
Klubbens / Foreningens navn og adresse		Polisenr.	
Skadelidtes navn og adresse		Skadelidtes Fødseldato / personnr.	
Hvilket lag tilhører skadelidte? (ved lagidrett, A, B, junior osv)		Ev. erstatning utbetales til <input type="checkbox"/> Klubben <input type="checkbox"/> Spilleren Foresatte	
Lisenstype <input type="checkbox"/> Grunn <input type="checkbox"/> Utvidet <input type="checkbox"/> Annet		Ev. erstatning utbetalt over <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Bank	
		Kontonr.	
		Skadelidtes telefonnr.	
Er spilleren ulykkesforsikret også ved annen forsikring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, oppgi selskap	
Har laget tegnet Tilleggsforsikring for ulykke i If? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, oppgi polisenr.	

Ulykkesforløp

Hvor skjedde ulykken? (Idrettsanlegg / Hall / Arena).		Når skjedde skaden? (Dato / Klokkel.)	
Hvordan skjedde skaden? (Beskriv skaden så nøyaktig som mulig - bruk ev. eget ark).			
Hva består skaden i?			
		Har du hatt lignende plager tidligere? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Var påbudt beskyttelsesutstyr benyttet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, hvilket?	
Skaden skjedde: <input type="checkbox"/> I kamp / konkurranse <input type="checkbox"/> Under organisert trening <input type="checkbox"/> På reise			

Bekreftelse

Jeg bekrefter at ovennevnte opplysninger er riktige og jeg er klar over at uriktige eller ufullstendige opplysninger kan medføre helt eller delvis tap av retten til erstatning

Sted	Dato	Den forsikredes underskrift
------	------	-----------------------------

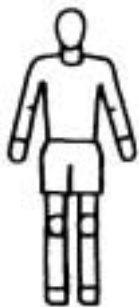
Jeg kan bekrefte at skaden oppsto slik som beskrevet ovenfor og at den skadelidte (ved lagidrett) var med på det oppgitte lag).

Sted	Dato	Lagleders / Oppmanns eller dommers underskrift
------	------	------------------------------------------------

Medisinsk rapport (utfylles av lege / tannlege)

Diagnose

Merk av skadestedet



Er det forverring av tidligere skade?

Behandling Førstehjelp Tannlege Lege Sykehus Etterbehandling

Vil skaden kunne medføre varig medisinsk invaliditet? Ja Nei Muligens

Sted

Dato

Legens / tannlegens attestasjon / underskrift

Dersom du ikke er skadelidtes faste lege ber vi om denne leges navn



Meldingen If Forsikring
sendes til: Lysaker Torg 35
Post Boks 240
1326 Lysaker
Tel: 67 84 04 70

Skaden kan også meldes på internett.