

Skademelding

Idrettsskade Fotballforsikring



Fylles ut av spilleren/spillerens foresatte/klubben/dommeren:

Klubbens navn og adresse		Klubbnummer
		Skadenummer
Forsikring under: <input type="checkbox"/> Gruppe 1 <input type="checkbox"/> Gruppe 2 <input type="checkbox"/> Gruppe 3 <input type="checkbox"/> Utvidet <input type="checkbox"/> Lag		
Spillerens navn og adresse		Krets
		Spillerens idrettsnummer
		Spillerens fødselsdato og personnummer
Erstatning utbetales til <input type="checkbox"/> Klubb <input type="checkbox"/> Spiller/foresatte <input type="checkbox"/> Kontonummer		
Spillerens kontaktinformasjon Privat <input type="checkbox"/> Arbeid <input type="checkbox"/> Mobil <input type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/>		
Hvordan skjedde skaden? (Beskriv hendelsen så nøyaktig som mulig – bruk eventuelt eget ark)		
Kort beskrivelse av skaden:		
Når skjedde skaden? Dato og klokkeslett: <input type="checkbox"/> I kamp <input type="checkbox"/> Under trening <input type="checkbox"/> På reise		
Hva slags underlag var det der skaden skjedde? <input type="checkbox"/> Gress <input type="checkbox"/> Kunstdekke <input type="checkbox"/> Snø/Is <input type="checkbox"/> Grus <input type="checkbox"/> Innendørs Annet: _____		
Skaden skjedde i kamp/trening med spillere i: <input type="checkbox"/> Egen aldersklasse <input type="checkbox"/> Seniorklassen <input type="checkbox"/> Old boys/Old girls		Ble leggbeskyttere benyttet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Er spilleren ulykkesforsikret også ved annen forsikring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, oppgi forsikringsselskap: _____		
Dato	Underskrift av spiller/foresatte	Dato Underskrift av trener/oppmann (med stempel)

Fylles ut av legen/tannlegen:

Behandling <input type="checkbox"/> Førstehjelp <input type="checkbox"/> Tannlege <input type="checkbox"/> Etterbehandling <input type="checkbox"/> Lege <input type="checkbox"/> Sykehus			
Diagnose: (Legg ved kopier av aktuell journal)	Merk av skadestedet: 		
Var det forverring av tidligere skade? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Vil skaden kunne medføre varig medisinsk invaliditet på 5 % eller mer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Muligens		
Sykemeldt fra og med (dato)	Sted	Dato	Underskrift/attestasjon av legen/tannlegen
Dersom den angitte legen ikke er din faste lege, ber vi deg oppgi din faste leges navn:			

NB: Husk å legge ved kvitteringer på utgifter som kreves dekket!

Henvisning/retur til:

Sportscover, c/o Aon Grieg AS
Vollsveien 4, Postboks 14
N-1324 Lysaker
Telefon 815 35 004