

Anvisningar om ansvarsskada, se baksidan.

Försäkrings- tagare	Svenska Golfbundet		Försäkringsnr K64810/173015			
Den skadade eller ägare till skadad egendom	Efternamn och tilltalsnamn		Personnr/Organisationsnr			
	Utdelningsadress		Telefon dagtid, även riktnr			
	Postnr och ortnamn		Telefon kvällstid, även riktnr			
	E-post					
	Omfattas den skadade personen/föremålet av annan försäkring?		Om "Ja", ange vilket bolag			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
Den som orsakat skadan	Efternamn och tilltalsnamn		Personnr/Organisationsnr			
	Utdelningsadress		Telefon dagtid, även riktnr			
	Postnr och ortnamn					
Klubb- representant	E-post		Telefon, även riktnr			
	Härmed intygas att den som orsakat skadan omfattades av vår kollektiva ansvarsförsäkring vid tillfället.					
	Datum		Klubbrepresentantens namnteckning			
	Namnförtydligande					
Var inträffade skadan	Ange håll, drivingrange, parkering eller klubbhus etc					
Beskriv vad som hände vid olycksfallet	När inträffade olycksfallsskadan? (datum och klockslag)	Har skadeståndskrav framställts?	Om "Ja", datum	Belopp		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
Hur inträffade olycksfallsskadan? (lämna en utförlig beskrivning)						
Vid skada på egendom	Skadade eller förstörda föremål	Inköpsår	Inköpspris, kr*	Värde före skadan, kr	Värde efter skadan, kr	Ersättningsanspråk, kr
* För den som skadats och är redovisningsskyldig för moms anges inköpspris exklusive moms.						
Vid skada på bil	Ange bilens registreringsnr					

Behandling av skadan	Var har du behandlats för din skada? Sjukhusets och läkarens namn och adress	
	Är du helt återställd efter skadan?	Vilken diagnos har du fått av läkaren?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Vilken kroppsdel är skadad?	
	<input type="checkbox"/> höger <input type="checkbox"/> vänster	
	Har du haft liknande skada/besvär tidigare?	Om "Ja", när
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Uppstod skadan i samband med trafikolycka?	Om "Ja", ange anmälningsnr	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
	Försäkringsbolag och registreringsnr	
Ange sjukskrivningsperiod		
Är skadan anmäld till annat försäkringsbolag eller annan försäkring i Folksam?	Om "Ja" ange bolag och handläggare	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Underskrifter	Datum	Underskrift av den skadade
	
	Datum	Underskrift av den som orsakat skadan (om personen är känd)
	

Skriv-ut >

Spara >

Rensa fält >

Anvisningar

- Blanketten fylls i av personen som orsakat skadan, eller av den skadade.
- Klubben ska styrka att du omfattas av försäkringen.
- Ifylld anmälan skickas till Folksam enligt adress nedan.
- Bifoga kvitton på självriskbetalning och andra kostnader.
- Skadeståndsskyldighet får inte accepteras innan Folksam lämnat medgivande.

Bilskada

Vid bilskada ska bilägaren i första hand anmäla skadan på sin försäkring eller vagnskadegaranti. Om självrisken ska betalas via Svenska Golf-förbundets försäkring ska skadeanmälan sändas till Folksam enligt nedan.

Övrig egendomsskada

Har person som drabbats av skadan egen försäkring (till exempel hemförsäkring) och ersättning kan lämnas från denna, ska skadan i första hand anmälas till den egna försäkringen. Självrisk kan betalas genom SGF:s försäkring.

Anmälan sänds till

Folksam Företagsskador 106 60 Stockholm.

Vid frågor kontakta Folksam

Telefon vxl 0771-960 960.