## Till anslutna föreningar i Lofa

Lofa utbetalar ersättning till skadade fotbollsspelare som varit sjukskrivna mer än 15 dagar. **Anmälan söks genom respektive förening.**

Karens 15 dagar
Dagsersättning

Seniorer 75:-/dag max. 180 dagar

Skolungdom 15-20 år utan karens not.1 max.5.000kr.

Studerande 20-25 år utan karens not 1 max 5.000kr

Not.1 Skolungdom och studerande som fått ett sommarjobb och ej kunna arbeta

När försäkringen gäller

Försäkringen gäller vid olycksfallsskada som inträffar under SFF, dess DF eller förening anordnad träning o match, eller samt under direkt färd till och från dessa aktiviteter.

Försäkrade

Enligt SFF tävlingsbestämmelser varje spelare som är licenserad från och med 1 april det kalenderåret de fyller 15 år

Övriga villkor

Enligt SFF licensförsäkring

Anmälan görs genom föreningen på särskild blankett.
styrkt med läkarintyg.

Följande uppgifter vill Lofa ha angående den skadade:

* namn, adress och personnummer.
* i vilken match eller träning skadan inträffat.
* orsak till sjukskrivningen.
* kopia på läkarintyg. OBS. ej kvitto från försäkringskassan.
* postgiro/bankkonto till den skadade.

Använd bifogad blankett.

Skrivelsen skall vara Lofa tillhanda senast 18 nov 2019 på adress:

Lofa

Kjell Eriksson

Lugnvägen 7

53197 Lidköping

Om något är oklart kontakta Kjell Eriksson tel 0510-12278 ,070-9391084

**Anmälan o fotbollsskada**. **2019.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namn.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adress.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Post.nr. ortsnamn.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personnummer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. nr.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postgiro/bankgironr. eller bankkonto

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Orsak till sjukskrivningen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I vilken match eller träning skadan inträffade.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antal dagar ersättning skall erhållas (ej obligatorisk uppgift)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Föreningens namn.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uppgiftslämnare.(fotbollsansvarig)

OBS. BIFOGA LÄKARINTYG !!!!!!

Anmälan senast den 18 nov 2019