

# Olycksfallsförsäkring



Försäkringsnummer SP262841. Staffanstorps kommun har tecknat försäkring hos If för barn, ungdom och vissa andra grupper som anges nedan.

Försäkringsperiod: Från och med 1 maj 2010 till och med 30 april 2011.

Försäkringen gäller vid olycksfallsskador. En olycksfallsskada är en kroppsskada som ofrivilligt drabbar den försäkrade genom en plötslig yttre händelse.

En häftig ansträngning som t ex medför en muskelbristning är inte i sig att betrakta som ett olycksfall eftersom där saknas det moment av yttre händelse som kännetecknar olycksfallet.

## OM DU BEHÖVER ANVÄNDA FÖRSÄKRINGEN

- Sök läkare eller tandläkare som är ansluten till försäkringskassan.
- Spara alla kvitton
- Om taxi behövs mellan hemmet och skolan (eller verksamheten) på grund av olycksfallet måste detta styrkas med intyg från behandlande läkare. Av intyget måste framgå under vilken tid taxi beviljats. Innan taxiresorna påbörjas måste If kontaktas för bekräftelse. Efter bekräftelse kan beställning av taxiresor göras. Uppgift om adresser, skoltider m.m. lämnas till taxi.
- Resekostnader till och från behandlingar ersätts i första hand från landstinget. Begär alltid "Intyg om utbetald reseersättning".

## SKADEANMÄLAN

Skadeanmälan skall göras skriftligt till If, även om några kostnader inte uppstått. För undvikande av preskription bör anmälan göras inom 3 år.

Skadeanmälan kan göras på Internet på [www.if.se/kommunolycksfall](http://www.if.se/kommunolycksfall). Där kan du också hämta blankett för skadeanmälan i pdf-format.

## KONTAKT MED IF VID SKADEANMÄLAN ELLER VID FRÅGOR

Tel: 0771- 81 58 18  
Fax: 08- 56 88 70 61  
E-post: [skadeservice@if.se](mailto:skadeservice@if.se)  
Postadress: If, F200, 106 80 Stockholm

## VAD INGÅR I FÖRSÄKRINGEN

- Läke, rese- och tandbehandlingskostnader
- Krisförsäkring
- Kläder och personliga tillhörigheter
- Teknisk utrustning för handikappad person
- Medicinsk invaliditet
  - Vid invaliditetsgrad lägre än 50%
  - Vid invaliditetsgrad 50 % och högre
- Ekonomisk invaliditet, vid invaliditetsgrad 50 % och högre
- Dödsfall orsakat av olycksfall
- Dödsfall orsakat av sjukdom eller självmord
- Smitta av HIV och hepatit, engångsbelopp
- Sveda och värk

## ERSÄTTNINGSBELOPP

Nödvändiga och skäliga kostnader  
Upp till 10 behandlingar  
Upp till 0,25 pbb  
Upp till 1 pbb  
Ersättning beräknas på 15 pbb  
Ersättning beräknas på 30 pbb  
Ersättning beräknas på 30 pbb  
1 pbb  
1 pbb  
5 pbb  
Enligt av If fastställda normer

Med pbb menas prisbasbeloppet enligt lagen om allmän försäkring.  
Från den 1 januari 2010 är 1 prisbelopp = 42.400 kr.

## SJÄLVRISK

Försäkringen gäller utan självrisk

**HEM I FÖRSÄKRINGEN****NÄR FÖRSÄKRINGEN GÄLLER**

---

- Elever i grundskola, grundsärskola samt fritidshem inkl friskolor, elever i annan kommun samt elever från annan kommun	Verksamhetstid
- Elever i gymnasieskola och gymnasiesärskola inkl friskolor, elever i annan kommun samt elever från annan kommun	Verksamhetstid
- Elever som omfattas av det individuella programmet	Verksamhetstid
- Barn i förskoleverksamhet inkl friförskolor, barn i annan kommun samt barn från annan kommun	Verksamhetstid
- Personer placerade i familjehem	Heltid
- Personer placerade i kontakt- och stödfamiljer	Heltid
- Elever i kommunal vuxenutbildning (Särvux, SFI, flyktingar etc.)	Verksamhetstid
- Ungdomar 18-24 år i arbetsmarknadspolitiska åtgärder	Verksamhetstid
- Personer i arbetsträning	Verksamhetstid
- Elever i sommarpraktik	Verksamhetstid
- Frivilliga medarbetare	Verksamhetstid
- Barn och ungdom i annan kommunal verksamhet	Verksamhetstid
- Personer med insatser enligt LSS	Verksamhetstid
- Elever i "kvalificerad yrkesutbildning"	Verksamhetstid
- Högskolestuderande med socialbidrag under 3 veckors sommarpraktik	Verksamhetstid
- Ungdomstjänst	Verksamhetstid

**VAD MENAS MED SKOLTID/VERKSAMHETSTID****VAD MENAS MED HELTID**

---

- Lektion och rast	Försäkringen gäller dygnet runt under hela försäkringsperioden, även under helger och ferier.
- Verksamhet inom fria aktiviteter och samlad skoldag	
- Skolresor och dylikt som anordnas av skolan och med en av skolan utsedd ledare	
- Praktisk arbetslivsorientering och yrkesorienteringsveckor	
- Verksamhet inom förskola, daghem, familjehem	
- Deltagande i verksamhet anordnad av kommunen	
- Direktfärd till och från skolan eller nämnda verksamheter	

## Förklaringar

### LÄKEKOSTNADER

Ersättning lämnas för nödvändiga och skäliga utgifter för läkarvård, sjukhusvård och läkemedel samt för behandling och hjälpmedel som läkare föreskrivit för skadans läkning.

### RESEKOSTNADER

Ersättning lämnas för resor till och från läkare och sjukhus samt för sådana merutgifter under behandlingstiden som är en följd av läkarens föreskrift om särskilt transportmedel mellan hemmet och skolan.

Ersättningen är begränsad till det billigaste, vanligen förekommande färd sätt som med hänsyn till den skadades tillstånd kan användas.

### TANDBEHANDLINGSKOSTNADER

För den som inte fyllt 20 år och har rätt till fri tandvård, skall behandling ske hos folk tandvården. Vid skada på tand eller tandprotes lämnas ersättning för av If på förhand godkända kostnader.

Måste tandbehandlingen på grund av den försäkrades ålder skjutas upp till senare tidpunkt, kan ersättningstiden förlängas tills den försäkrade fyller 25 år.

### KRISFÖRSÄKRING

Försäkringen tillhandahåller kristerapi hos legitimerad psykolog för försäkrad som får en akut psykisk kris som förorsakats av allvarlig traumatisk händelse.

Försäkringen tillhandahåller dessutom kristerapi för nära anhöriga vid den försäkrades dödsfall. Kristerapi ges med högst 10 behandlingstillfällen per skada.

### KLÄDER OCH PERSONLIGA TILLHÖRIGHETER

Om olycksfallet leder till behandling av läkare eller tandläkare lämnar If ersättning för kläder och normalt burna tillhörigheter som skadas i samband med olycksfallet.

Med personliga tillhörigheter menas tillhörigheter som en person normalt bär med sig. Ersättning lämnas i enlighet med Skadeståndslagen (1972:207).

Som normalt burna personliga tillhörigheter räknas exempelvis armbandsklocka, glasögon och mobiltelefon.

### TEKNISK UTRUSTNING FÖR HANDIKAPPAD PERSON

Med teknisk utrustning menas utrustning eller hjälpmedel i bostaden eller bilen, som kan lindra ett invaliditetstillstånd eller öka rörelseförmågan. Kostnader för standardhöjning ersätts inte. Om olycksfallet leder till behov av särskilda hjälpmedel i hemmet eller i bilen under försäkringstiden, lämnas ersättning för skäliga kostnader. Behovet måste ha uppstått efter den akuta läkningstiden.

### MEDICINSK INVALIDITET

Med medicinsk invaliditet menas av olycksfallet orsakad och för framtiden bestående fysisk funktionsnedsättning. Som medicinsk invaliditet räknas också bestående värk, klart missprydande ärr och förlust av sinnesorgan eller inre organ.

### EKONOMISK INVALIDITET

Med ekonomisk invaliditet menas en för framtiden bestående nedsättning av arbetsförmågan med minst 50 % på grund av olycksfallet. Den försäkrade skall också ha beviljats minst halv sjukersättning tills vidare enligt lagen om allmän försäkring. Ersättning kan aldrig lämnas för både medicinsk och ekonomisk invaliditet.

### DÖDSFALL ORSAKAT AV OLYCKSFALL

Ersättning lämnas om den försäkrade avlider på grund av olycksfallsskada inom tre år från skadetillfället, utbetalas till dödsboet.

### DÖDSFALL ORSAKAT AV SJUKDOM ELLER SJÄLVMORD

Gäller endast för försäkrad som inte fyllt 18 år. Ersättning lämnas om den försäkrade avlider på grund av sjukdom eller självmord under försäkringstiden, utbetalas till dödsboet. Med sjukdom menas i detta fall alla andra dödsfallsorsaker än olycksfall.

### SMITTA AV HIV OCH HEPATIT

Försäkringen gäller för smitta av HIV-virus och kronisk hepatit, som drabbar försäkrad genom olycksfall under försäkringens giltighetstid.

### SVEDA OCH VÄRK

Försäkringen lämnar ersättning för sveda och värk om olycksfallet medfört sjukskrivning till minst 25 % under mer än 30 dagar under skadans normala akuta behandlings- och läkningstid. Om skadan varit svår kan ersättning betalas oberoende av 30-dagarsregeln.

---

#### **VAR GÄLLER FÖRSÄKRINGEN**

Försäkringen gäller i hela världen, dock med vissa begränsningar i länder och områden som UD avråder från att man reser till.

Tänk dock på att detta inte är en reseförsäkring. Om du ska resa utanför Norden behöver du alltid en separat reseförsäkring, som även gäller för kostnader för sjukdom utomlands och för hemtransport från utlandet vid sjukdom och olycksfall.

#### **NÖJD MED SKADEREGLERING?**

Om du inte är nöjd med vårt sätt att handlägga din skada kan du utan kostnad vända dig till Ifs Kundombudsman, 106 80 Stockholm. Du kan också kostnadsfritt vända dig till Allmänna Reklamationsnämnden Box 174. 101 23 Stockholm. Reklamationsnämnden prövar dock inte medicinska tvister.

#### **IDROTT PÅ ELITNIVÅ**

Försäkringen gäller inte för skada som inträffar under deltagande i sport- eller idrottstävling eller

under träning för detta på en nivå som inte räknas som motion eller fritidssysselsättning i normal omfattning och intensitet.

Exempel på sport och idrott som inte omfattas av försäkringen:

- utövande av idrott i division två eller högre
- deltagande i sport och idrott mot ersättning i form av pengar, eller om man tävlar för en prissumma.

#### **ÅLDERGRÄNS**

Försäkringen gäller för den som inte fyllt 67 år. Vid dödsfall orsakat av sjukdom eller självmord gäller dock en åldergräns på 18 år.

#### **FÖRSÄKRINGSVILLKOR**

Detta försäkringsbesked innehåller en kortfattad beskrivning av kommunens olycksfallsförsäkring. Skador regleras enligt gällande villkor. För villkoren gäller försäkringsavtalslagen (FAL).

# Skadeanmälan

## Olycksfall

### DEN SKADADES NAMN

Namn	Personnummer	Försäkringsnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn	Vid behov av taxiresor, faxa skadeanmälan med läkarintyg till oss på 08-56 88 70 61
Landstingets eller kommunens och skolans namn (förskolans, daghemmets, etc)		Handläggare (ifylls av If)
E-post		

### OLYCKSFALLET

När inträffade olycksfallet (datum)?	<input type="checkbox"/> på väg till/från skolan/fritidshemmet/daghemmet	<input type="checkbox"/> på fritiden
Var inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> i skolan <input type="checkbox"/> i fritidshemmet <input type="checkbox"/> i daghemmet <input type="checkbox"/> annan plats, vilken:		
Beskriv utförligt hur olycksfallet gick till		

Vilka kroppsskador (samtliga) blev följden?

Vilken läkare/tandläkare har behandlat skadan?	Är ni återställd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ange läkarens/tandläkarens namn samt adress	Är behandlingen avslutad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom eller har barnet/eleven i övrigt haft symptom, t.ex. ömhet, värk, stelhet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Sedan när? Anlitades läkare då? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja" ange läkarens/tandläkarens namn samt adress	

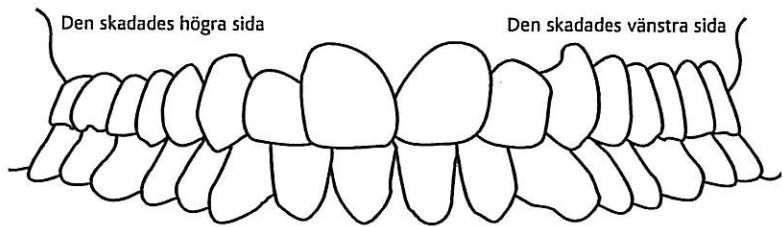
### INTYG OM BEHOV AV TRANSPORT MELLAN SKOLA OCH BOSTAD (ifylls av behandlande läkare)

1. Diagnos (huvuddiagnosen stryks under)		
2. Anser du att åkomsten uppkommit direkt och uteslutande till följd av olycksfallet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
3. Anser du att patienten är i behov av särskilt transportmedel för resa till och från skolan?   Fr.o.m.–t.o.m.   Färdstätt <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
4. Anser du att åkomsten är läkt? <input type="checkbox"/> Ja, utan kvarstående men <input type="checkbox"/> Nej		
Datum	Namnteckning av behandlande läkare	Namnstämpel eller textat namn

## BESVARAS VID TANDSKADA

OBS! Intyg från tandläkare behövs inte för Ifs bedömning.  
Kryssa själv för på bilden vilka tänder som blivit skadade.

- Mjölktänder  
 Permanenta tänder



## KOSTNADER

Vilka kostnader har skadan medfört?  
Sänd oss originalkvitton\*

Datum för behandlingen	Utgiftens art (läkararvode, förbandsartiklar, resor etc)	Total kostnad	Av landstinget ersatt belopp	Återstående belopp	Kvitto nr

\*) Kläder som klippis sönder av sjukvårdspersonal sparas för eventuell besiktning.

## BETALNINGSSÄTT

Ange konto för insättning av ersättningsbelopp (markera med X och fyll i kontonummer) – Anges ej konto sker utbetalning genom postgiro.

<input type="checkbox"/> Bankkonto (inkl clearingnr)	<input type="checkbox"/> Bankgiro	<input type="checkbox"/> Postgiro
--	-----------------------------------	-----------------------------------

## ANDRA FÖRSÄKRINGAR

Finns andra försäkringar där olycksfall ingår? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Bolag	Försäkringsnummer
Har skadan anmälts dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har ersättning utbetalats från annat bolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

## UNDERSKRIFT AV FÖRSÄKRAD (av vårdnadshavare om den skadade är omyndig)

Jag förklarar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger att läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna If de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m.m. If anser sig behöva för att bedöma ersättningsanspråken.

Datum	Namn-teckning	Namn-förtydligande
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn	Telefon under dagtid



Skickas till:  
If  
F200  
106 80 Stockholm  
Telefon: 0771-815 818  
Mail: skadeservice@if.se