



Vilka kroppsskador (samtliga) blev följden? Vid tandskada, se information nedan och punkt 4.

Vilka är barnets kvarstående besvär?

Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom eller har barnet i övrigt haft symptom (t.ex. ömhet, värk, stelhet) från den?  Ja  Nej

Sedan när?

Anlitades läkare då?

Ja  Nej

Vilken läkare samt ev vilket sjukhus (namn och ort)?

## INFORMATION OM LÄKE-, RESE- OCH TANDSKADEKOSTNADER VID OLYCKSFALL

Försäkringen är en komplettering till samhällets skydd. Därför gäller:

### LÄKE- OCH RESEKOSTNADER TILL OCH FRÅN LÄKARE

Kostnader som ersätts av försäkringskassan skall tas ut hos denna. Sänd därför in försäkringskassans ersättningsbevis i original. Övriga eventuella ersättningsbara kostnader skall styrkas med originalkvitton.

### EXTRA RESEKOSTNADER MELLAN BOSTAD OCH ORDINARIE SKOLA VID FYSISKT HANDIKAPP

Enligt skollagen är kommunen skyldig att kostnadsfritt anordna särskild skolskjuts i sådana fall men endast för elever i grundskola. För försäkrad elev som är elev i t.ex. gymnasieskola kan ersättningsrätt föreligga från If, om olycksfallsskadan har nedsatt den försäkrades förmåga att förflytta sig i sådan grad att annat transportmedel än det vanliga måste anlitas.

### TANDSKADEKOSTNADER VID OLYCKSFALL

Barn och ungdomar har – t.o.m. det kalenderår de fyller 19 år – rätt till gratis, regelbunden och fullständig tandvård hos folktandvården. Därför skall inte något tandläkarintyg sändas till If. Markera endast på bilden vid punkt 4 vilka tänder som skadats, för den händelse att slutbehandling inte kan ske före 20 års ålder.

## 3. IFYLLS VID SJUKDOMSFALL (inte aktuellt vid enbart olycksfallsförsäkring)

Sjukdomens namn

När märktes de första symptomen?

Har barnet tidigare lidit av liknande sjukdom? När?

Ja  Nej

Anlitades läkare då?

Ja  Nej

Vilken läkare samt ev vilket sjukhus? Namn och ort

Hur är barnets nuvarande hälsotillstånd?

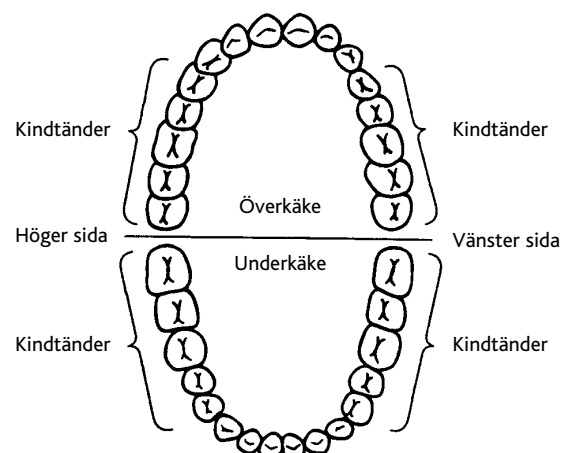
Återställt, sedan (datum): \_\_\_\_\_  ej återställt

## 4. IFYLLS ENDAST VID TANDSKADA

Kryssa för och markera på bilden vilka tänder som blivit skadade.

Mjölktänder

Permanenta tänder



## 5. YTTERLIGARE UPPLYSNINGAR ELLER FRÅGOR TILL IF (får du ej plats, fortsätt på löspapper)

---

---

---

---

---

---

---

---

## 6. BETALNINGSSÄTT

Konto för insättning av ersättningsbelopp (markera med x och fyll i kontonummer).

Plusgiro

Kontonummer

Bankgiro

Kontonummer

Bankkonto

Clearingnummer

Kontonummer

## 7. UNDERSKRIFT AV FÖRSÄKRAD

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

## 8. GRUPPFÖRETRÄDARENS UPPGIFTER VID SJÄLVADMINISTRERADE AVTAL

För självadministrerade avtal ska nedanstående frågor besvaras av företrädaren för gruppen (besvaras inte av den försäkrade)

Ansluten år

månad

---

---

## 9. GRUPPFÖRETRÄDARENS UNDERSKRIFT

Premien betald till den

Premien betald vid skadetillfället

Ja  Nej

Ort och datum

Gruppföreträdarens underskrift

---

---



Skicka anmälan till:  
If Skadeförsäkring  
P100  
106 80 Stockholm

Vid frågor ring 08-792 72 27

