

2026

Bolidengruvornas Arbetares Försäkringsförening



IFMETALL
Gruvklubbarna Boliden

Sjukvård Upp till högkostnadsbelopp.

Läkemedel Alla läkemedel utskrivet på recept.

Tandvård 29 600kr

Föräldrarersättning 3000kr/familj & barn, mot uppvisande av födelseattest.

Massage-Kiropraktor-Naprapat 6000kr/år - Utbetalas 3000kr Jan-Juni & 3000kr Juli-Dec.

Månad för inlämnande av kvitto gäller, ej datum för behandling.

Hjälpmedel 4000kr/år Remiss skriven av den allmänna sjukvården ex hörapparat.

Glasögon-Linser 6000kr - vart 3e år.

Glasögon BARN 1000kr/år - Kvitto & ett familjebevis (beställs från skatteverket)

IVF Möjlighet till ersättning 10000kr - Prata med ansvariga kontaktombud för mer info.

Fotvård 2000kr/år - Utbetalas 1000kr Jan-Juni & 1000kr Juli-Dec. Månad för inlämnande av kvitto gäller, ej datum för behandling.

Vaccin 1000kr/år **TBE - Stelkramp - Bältros** Viktigt! Måste stå på kvittot vad du vaccinerats mot.

Pensionärer Förtida-, gruv- & ålderspensionärer har efterskydd i 2år. Sjukvård & Läkemedel upp till högkostnadsbelopp, samt tandvård 3500kr/år

* **Maxbelopp att få utbetalt från Försäkringsföreningen är 50% av ett prisbasbelopp/år 2026 = 29 600kr (59 200kr)**

* Underlag / Kvitton äldre än 1år godtas inte.

* All ersättning är skattepliktig.

* Namn eller personnr. ska finnas synligt på samtliga kvitton. * **Viktigt! Företagsstämpel krävs på handskrivna kvitton.**

* Vikarier skall ha arbetat 3 månader för rätt till ersättning, samt vara skriven under perioden man ex. går till tandläkaren.

* Du som medlem ansvarar & ser till att rätt underlag lämnas in.

* Medlem som missbrukar föreningens förmåner kan avstängas från medlemskap.

* Vid frågor, kontakta ombud på din arbetsplats eller skicka mail till baf@boliden.com (mail endast för frågor, ej kvittohantering).

☐ Pensionär efterskydd i 2år. Sista anställningsdag _____

☐ Tillsvidareanställning

☐ Vikarie arbetat mer än 3 månader

Anst.nr _____

Personnr. _____

Namn _____

Adress _____

Postnr _____

Ort _____

Telenr. _____

Läkemedel _____ Kr

Sjukvård _____ Kr

Tandvård _____ Kr

Barnafödelse _____ Kr

Hjälpmedel _____ Kr

Massör/Kiropraktor _____ Kr

Fotvård _____ Kr

Vaccin _____ Kr

Glasögon/Linser _____ Kr

Glasögon/Linser BARN _____ Kr

☐ **GDPR** Ja, jag godkänner att försäkringsföreningen får lagra mina inlämnade uppgifter