

# Hälsodeklaration/Ansökan

## BARNFÖRSÄKRING

 Ny försäkring Avser höjning av belopp

En förutsättning för att försäkring ska beviljas är att barnet har bott i Sverige, annat EU-land, Island, Liechtenstein, Norge eller Schweiz de senaste två åren (för barn under två hela sin levnad). För adoptivbarn gäller att adoptivbarnskontroll har gjorts.

## VEM SKA FÖRSÄKRAS?

Namn

Personnummer

I vilket land har barnet varit bosatt de senaste två åren? Se text om förutsättning, ovan.

Är det barn som ska försäkras adopterat?

 Ja  Nej

Om ja, fyll i rutorna till höger

När kom barnet till Sverige?

Var gjordes adoptivbarnskontrollen (ange klinik, sjukhus etc)?

## VEM SKA BETALA FÖRSÄKRINGEN?

Namn

Personnummer

Adress

Mejl

## BARNAVÅRDSCENTRAL / SKOLHÄLSOVÅRD

Ange namn och adress på den barnavårdscentral eller skolhälsovård som barnet tillhör

## HÄLSOFRÅGOR

- Har barnet under de senaste 5 åren, förutom kontroll på barnavårdscentral eller i skolhälsovård, behandlats eller undersökts på sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning eller i övrigt av läkare eller annan sjukvårdspersonal?  Ja  Nej
- Har det under de senaste 5 åren, framkommit något speciellt på barnavårdscentral eller i skolhälsovård (t.ex. remiss till särskild undersökning)?  Ja  Nej
- Har eller har barnet haft symtom som t.ex. luftrörsbesvär, allergi, hönsnuva, diarréer, eksem (även böjveckseksem), torr hud eller andra hudbesvär?  Ja  Nej
- Finns det, eller finns det misstanke om, försenad talutveckling, fel på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp (inklusive förståndshandikapp eller utvecklingsstörning), annat kroppsfel eller sjukdom? Sker kontroller, behandling och/eller medicinering för någon sjukdom, skada, för något handikapp eller försenad utveckling?  Ja  Nej
- Har ditt barn syn- eller hörsselfel? Uppge i så fall om det är ensidigt eller dubbelsidigt, felets art och grad. Vid närsynhet, uppgi dioptrital om det är högre än 6, eller bifoga kopia av det senaste glasögonreceptet.  Ja  Nej

Här måste du fylla i om du svarat "ja" på någon av frågorna 1–5. Skriv i så fall frågans nummer längst till vänster och svara sedan på följdfrågorna. Alla sjukdomar, skador, handikapp och undersökningar ska uppges. Behövs mer skrivutrymme, använd rutan för övriga upplysningar.

Fråga	Vilken sjukdom, skada eller handikapp eller annan anledning gäller det?	När gjordes undersökningen, kontrollen/ behandlingen?	Vilka läkare/sjukvårdsinrättningar/ barnavårdscentraler/skolhälsovård har anlitats?	Vilken slags behandling/ medicinering?	Vilka kvarstående men eller besvär finns? Om besvärsfri, sedan när?
Nr					
Nr					

## UNDERSKRIFT *Obs! Glöm inte att skriva under blanketten på båda sidor.*

Uppgifterna jag lämnat i den här ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag förstår att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig.

Datum ÅÅ-MM-DD

Underskrift

Namnförtydligande

## VÅRDBIDRAG

Om barnet har behov av särskild tillsyn eller vård under minst 6 månader kan vårdbidrag beviljas av Försäkringskassan.

Har vårdbidrag sökts eller beviljats för barnet?

Ja  Nej Om "ja", under vilken tid och av vilken anledning?

## YTTERLIGARE INFORMATION OM DET BARN SOM SKA FÖRSÄKRAS

Avviker barnet på något sätt fysiskt eller psykiskt från de som är jämnåriga? Före skolåldern, t.ex. fått särskilt stöd i sin utveckling eller haft anpassad utbildning (t.ex. gått i särskola) eller fått skolgången uppskjuten.

Ja  Nej

Om "ja", under vilken tid och av vilken anledning?

## RECEPTBELAGDA MEDICINER

Får barnet som ska försäkras någon medicin eller salva på recept?

Ja  Nej

Om "ja", vilken medicin? Och vilken receptskrivande läkare/vårdinrättning?

Fr.o.m.–t.o.m.

Fr.o.m.–t.o.m.

## BESVARAS OM BARNET ÄR 0–6 ÅR

Barnets födelsevikt

I vilken graviditetsvecka föddes barnet?

Var det några komplikationer i samband med förlossningen? Hit räknas även kejsarsnitt och annan ickespontan förlossning.

Om "ja", vilka komplikationer?

Ja  Nej

## BESVARAS OM BARNET ÄR ÖVER 6 ÅR

Längd

Vikt

## ÖVRIGA UPPLYSNINGAR/KOMPLETTERINGAR

Om du behöver komplettera med något från blankettens övriga frågor, använd då eget papper. Skriv frågans nummer, namn och personnummer på det barn som ska försäkras upptill på papperet och skriv sedan under med din namnteckning och datum.

## UNDERSKRIFT AV VÅRDNADSHAVARE

Uppgifterna jag lämnat i den här ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet.

Jag förstår att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig.

Datum ÅÅ-MM-DD

Telefon, dag

Telefon, kväll

Underskrift, vårdnadshavare

Namnförtydligande, vårdnadshavare



Skicka ansökan till:

If

Personförsäkringar Privat  
Svarspost (frimärke behövs inte)  
Kundnummer 20455373  
110 00 Stockholm  
personforsakring@if.se

If Skadeförsäkring AB (publ)

Säte: Stockholm

Org. nr: 516401-8102

Huvudkontor: Barks väg 15, Solna