Hälsodeklaration/Ansökan

SNARTFÖDD

Denna blankett är till för att underlätta och påskynda handläggning av försäkringen. Var därför noga när du fyller i anmälan. Texta gärna.

VEM SKA FÖRSÄKRAS?

Barn OFÖTT BARN	Mamma	Personnummer
Utdelningsadress		Postnummer och ort
Telefon dagtid	Mejl	Beräknad tid för förlossning

HÄLSOFRÅGOR

1. Har du gått på ultraljudsundersökning efter graviditetsvecka 16? ☐ Ja* ☐ Nej
(ultraljudsundersökning efter graviditetsvecka 16 är en förutsättning för att försäkring ska beviljas)
*Om ja, i vilken vecka?

2. Har det framkommit något avvikande vad gäller fostret? ☐ Ja* ☐ Nej
*Om du svarat ja, komplettera nedan

Vad har framkommit?

3. Är antalet foster två eller fler? ☐ Ja* ☐ Nej
(Om antalet foster är två ska för vardera barnet tecknas en egen försäkring. Försäkring beviljas inte om antalet foster är fler än två)
*Om ja, ange antal

4. Längd och vikt innan din graviditet	Längd, cm	Vikt, kg

5. Är graviditeten hittills normal enligt kontroll hos MVC eller läkare? ☐ Ja ☐ Nej*
*Om du svarat nej, komplettera nedan

Vilken eller vilka komplikationer eller besvär gäller det?

Jag kontrolleras hos följande mödravårdscentral/läkare (ange fullständig adress):

6. Kontrolleras eller behandlas du för någon/några sjukdomar eller besvär? ☐ Ja* ☐ Nej
*Om du svarat ja, komplettera nedan

Vilken eller vilka sjukdomar gäller det?

Anlitad läkare/sjukvårdsinrättning (ange fullständig adress):

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR/KOMPLETTERINGAR

UNDERSKRIFT

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

Skicka ansökan till:
If
Personförsäkringar Privat
Svarspost (frimärke behövs inte)
Kundnummer 20455373
110 00 Stockholm

If Skadeförsäkring AB (publ)
Säte: Stockholm
Org. nr: 516401-8102
Huvudkontor: Barks väg 15, Solna