

Företagets namn och organisationsnummer

Försäkringsnummer

VEM SKA FÖRSÄKRAS?

Huvudförsäkrads namn	Huvudförsäkrads personnummer (10 siffror)
Mejladress	Telefon
Barnets efternamn och tilltalsnamn	Barnets personnummer (10 siffror)
Vid ansökan om utlandsplaceringsförsäkring ange	Ange från vilket datum försäkringen ska gälla
Stationeringsland	Mån År Dag
Medborgarskap	Kön

HÄLSODEKLARATION

- Har barnet under de senaste 5 åren, förutom kontroll på barnvårdscentral 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 barnvårdscentral eller i skolhälsovård (t.ex. remiss till särskild undersökning)? Ja Nej
- Har eller har barnet haft symtom som t.ex. luftrörsbesvär, allergi, hösnuva, 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 (inkl 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 barnet syn- eller hörsselfel? Uppge i så fall om det är ensidigt eller dubbelsidigt, felets art och grad. Vid närsynthet, ange dioptriantal om det är högre än 6, eller bifoga kopia av det senaste glasögonreceptet. Ja* Nej
- Avviker barnet på något sätt fysiskt eller psykiskt från? Har barnet före skolåldern t.ex. fått särskilt stöd i sin utveckling eller haft anpassad utbildning (t.ex. gått i särskola) eller fått skolgången uppskjuten? Om svaret är "Ja", under vilken period och av vilken anledning? Ja Nej
- Får barnet någon medicin eller salva på recept? Om svaret är "Ja", vilken medicin eller salva? Vilken receptskrivande läkare eller vårdinrättning? Under vilken period? Ja Nej

*Om du svarat "ja" på någon/några av frågorna 1-7, komplettera på nästa sida.

KOMPLETTERINGAR TILL FRÅGA 1-5. ALLA FÖLJDFRÅGOR MÅSTE BESVARAS.

Alla sjukdomar, skador, handikapp och undersökningar anges. Skriv frågans nummer och besvara varje följdfråga.

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

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 icke-spontan förlossning. Ja Nej
Om "Ja", vilka komplikationer?

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR / KOMPLETTERINGAR

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

UNDERSKRIFT

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

Ort och datum

Namnteckning

Namnförtydligande

Målsmans underskrift (Om den försäkrade är under 18 år)

Namnförtydligande

Inhämtad information kommer att arkiveras hos If. Om ansökan inte godkänns arkiveras informationen hos If i 6 månader. Personuppgifterna hanteras enligt Personuppgiftslagen (PUL).

SKICKAS TILL:

If
Personförsäkring
Företag/Industri
106 80 Stockholm

Ifyllt och underskriven blankett kan
också mejlas till:
foretagscenter@if.se

