

Hälsodeklaration Sjuk- och Olycksfall barn

Sjuk- och Olycksfallsförsäkring barn kan sökas för barn som är 0-15 år.

Om försäkringen söks som direkt fortsättning från en motsvarande barnförsäkring i annat bolag, kan försäkringen sökas ända fram till den försäkrades 25-årsdag.

Hälsodeklarationen ska fyllas i och undertecknas tidigast 3 månader före försäkringens startdatum.

Skicka hälsodeklarationen till:

Moderna Försäkringar
Riskbedömning
Box 4226
203 13 Malmö

Nyteckning

Offert- eller försäkringsnummer:

Ändring av befintlig försäkring

Försäkringsnummer:

Ändringen ska gälla från och med (datum):

Fyll i nedan om du vill höja försäkringsbeloppet

Medicinsk invaliditet

500.000 700.000 1.000.000 1.500.000 2.000.000

Ekonomisk invaliditet

500.000 700.000 1.000.000

Försäkrat barn

Efternamn och tilltalsnamn

Personnummer (10 siffror) (Fyll i på alla sidor)

Gatuadress

Postnummer

Postadress

Nuvarande försäkring i annat bolag (för försäkringstagare som fyllt 16 år)

Försäkringsbolag

Försäkringsnummer

Försäkringstagare (endast om försäkringstagare är annan än Försäkrat barn)

Efternamn och tilltalsnamn

Personnummer (10 siffror)

Gatuadress

Postnummer

Postadress

Telefon bostad

Telefon dagtid eller mobil

E-postadress

Hälsouppgifter

Försäkrades personnummer

Uppgifterna ska lämnas personligen av den försäkrade om han eller hon är 16 år eller äldre. Om den försäkrade är under 18 år ska även vårdnadshavare skriva under.

I förekommande fall ska i stället god man eller förvaltare skriva under.

OBS!

Oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Undantag gäller för uppgifter om genetisk information, inga sådana uppgifter ska lämnas.

Fråga 1-5 (måste alltid besvaras om barnet är under 6 år)

1

a. Födelsevikt?

a. _____ gram

b. I vilken graviditetsvecka är barnet fött?

b. _____ veckan

c. På vilket sjukhus är barnet fött?

c. _____

d. Är barnet tvilling/trilling/fyrling?

d. Ja Nej

2

a. Förekom några komplikationer för barnet i samband med förlossningen (t.ex. kejsarsnitt eller ej spontan förlossning?)

a. Om "Ja", vilka komplikationer?

Ja Nej

b. Har något speciellt framkommit under barnets första levnadsmånad (t.ex. remiss till särskild undersökning?)

b. Om "Ja", vilket?

Ja Nej

3

Har barnet varit inlagt på annat sjukhus eller annan klinik än BB i samband med förlossningen?

Om "Ja", vilket sjukhus eller vilken klinik?

Ja Nej

4

Har barnet genomgått hälsundersökning av barnläkare på BB eller BVC?

Ja Nej

5

Ange namn och fullständig adress med postnummer på den BVC (barnvårdscentral) som barnet tillhör.

Fråga 6-7 (måste alltid besvaras om barnet är över 6 år)

6

Aktuell längd och vikt?

längd _____ cm

vikt _____ kg

7

Ange namn och fullständig adress med postnummer på den skolhälsovård som barnet tillhör.

Försäkrades personnummer

Fråga 8-15 (måste alltid besvaras, om du svarar "Ja", besvara även följdfrågorna)

8

Har något speciellt framkommit vid kontroll på BVC eller skolhälsovården, t.ex. remiss till särskild undersökning?

 Ja Nej

Vilken var anledningen till undersökningen?

När undersöktes, kontrollerades eller behandlades barnet?

Har barnet varit inlagt på sjukhus? Under vilka perioder?

Vilken läkare, BVC eller sjukvårdsinrättning har anlitats? Ange namn och fullständig adress med postnummer.

Har barnet fått någon behandling eller rådgivning? (operation, strålbehandling eller medicinering etc.) Vilken?

Har barnet kvarstående men eller besvär? Vilka?

Sedan när är barnet symtomfritt?

9

Har barnet under de senaste 5 åren (förutom kontroller på BVC eller skolhälsovården) kontrollerats, vårdats eller behandlats av läkare, psykolog eller annan sjukvårdspersonal?

 Ja Nej

Vilken var anledningen till undersökningen?

När undersöktes, kontrollerades eller behandlades barnet? Ange datum.

Har barnet varit inlagt på sjukhus? Under vilka perioder?

Vilken läkare, BVC eller sjukvårdsinrättning har anlitats? Ange namn och fullständig adress med postnummer.

Försäkrades personnummer

Har barnet fått någon behandling eller rådgivning?
(operation, strålbehandling eller medicinering etc.)
Vilken?

Har barnet kvarstående men eller besvär? Vilka?

Sedan när är barnet symtomfritt?

10

Kontrolleras, behandlas eller misstänks barnet
ha någon sjukdom eller skada, försenad utveckling
(gäller även talutveckling), någon funktionsnedsättning
eller något fel på inre organ?

Ja Nej

Vilken var anledningen till undersökningen?

När undersöktes, kontrollerades eller behandlades barnet?
Ange datum.

Har barnet varit inlagt på sjukhus? Under vilka perioder?

Vilken läkare, BVC eller sjukvårdsinrättning har anlåtats?
Ange namn och fullständig adress med postnummer.

Har barnet fått någon behandling eller rådgivning?
(operation, strålbehandling eller medicinering etc.)
Vilken?

Har barnet kvarstående men eller besvär? Vilka?

Sedan när är barnet symtomfritt?

11

a. Har eller har barnet haft symtom som t.ex.
luftrörsbesvär, allergi, hösnuva, diarréer, eksem
(även böjveckseksem), torr hud eller andra hudbesvär?

Ja Nej

b. Får eller har barnet rekommenderats eller
ordinerats medicin eller salva för dessa besvär?

Ja Nej

a. Om "Ja", vilka symtom?

fr.o.m. t.o.m.

b. Om "Ja", vilken?

fr.o.m. t.o.m.

Försäkrades personnummer

c. Har läkare eller annan vårdpersonal anlitas för dessa besvär?

Ja Nej

c. Om "Ja", ange namn och adress.

12

a. Har eller misstänks barnet ha något synfel eller någon ögonsjukdom? Bifoga gärna senaste glasögonreceptet.

Ja Nej

a. Om "Ja", vilket synfel eller vilken ögonsjukdom har barnet? Ange felets art och grad samt om det är enkel- eller dubbelsidigt och i så fall vilket öga.

b. Vid närsynhet eller översynhet, ange dioptriet om detta är +/- 6,0 eller mer på något öga.

b. Höger: Vänster:

13

a. Har eller misstänks barnet ha något hörsel- eller någon öronsjukdom? Bifoga gärna senaste audiogram om hörselundersökning utförts.

Ja Nej

a. Om "Ja", vilket hörsel- eller vilken öronsjukdom har barnet? Ange felets art och grad samt om det är enkel- eller dubbelsidigt och i så fall vilket öra.

Om "Ja", vilken läkare eller sjukvårdsinrättning har anlits? Ange namn och fullständig adress med postnummer.

b. Har eller har barnet haft dränagerör i öronen?

Ja Nej

b. Om "Ja" När sattes rören in? Om rören tagits eller fallit ut, skriv när och resultatet av efterkontrollen.

14

Har vårdbidrag från allmän försäkring erhållits eller sökts för barnet?

Ja Nej

Om "Ja", ange anledning och för vilken period.

15

Har barnet eller du å barnets vägnar fått ersättning för medicinsk och/eller ekonomisk invaliditet för någon sjukdom eller skada?

Ja Nej

Om "Ja", ange kroppsskada eller diagnos.

Om "Ja", ange invaliditetsgrad.

Tidigare skada undantas i villkoren.

Om "Ja", ange årtal för sjukdomen eller skadan.

Försäkrades personnummer

16

a. Har du tidigare ansökt om barnförsäkring i annat bolag för vilken du lämnat hälsodeklaration?

Ja Nej

b. Beviljades försäkringen normalt?

Ja Nej

a. Om "Ja", ange försäkring och försäkringsbolagets namn.

b. Om "Nej", ange orsak till varför försäkringen inte beviljades normalt.

17

a. Avviker barnet på något sätt från jämnåriga barn i allmänhet, t.ex. erhållit särskilt stöd i sin utveckling före skolåldern?

Ja Nej

b. Har skolgången uppskjutits eller har barnet fått särskilt anpassad utbildning, t.ex. sarskola eller särskild undervisningsgrupp?

Ja Nej

a. Om "Ja", på vilket sätt?

b. Om "Ja", på vilket sätt?

18

a. Är barnet fött utomlands?

Ja Nej

b. Är barnet adopterat?

Ja Nej

a. Om "Ja", i vilket land?

Om "Ja", när kom barnet till Sverige?

b. Om "Ja", ange när adoptivbarnskontrollen utfördes.

Om "Ja", ange fullständig adress med postnummer där kontrollen är utförd.

Eventuellt kompletterande uppgifter

Underskrift

Personuppgiftslagen (PuL)

För att kunna riskbedöma och administrera försäkringar måste försäkringsgivaren samla in personuppgifter. Insamlade uppgifter kommer att sparas och behandlas konfidentiellt enligt Personuppgiftslagen (PuL). Enligt PuL har du rätt att begära information om och rättelse av de personuppgifter som finns om dig. Personuppgiftsansvarig är Moderna Försäkringar.

Underskrift

Hälsodeklarationen ska vara försäkringsgivaren tillhanda senast 14 dagar efter underskrift.

Underskrift ska lämnas av den försäkrade om han eller hon är 16 år eller äldre. Om den försäkrade är under 18 år ska även vårdnadshavare skriva under.

I förekommande fall ska i stället god man eller förvaltare skriva under.

Försäkrat barn (0-15 år)

Namn

Personnummer

Försäkrat barn (16 år eller äldre)

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Personnummer

Underskrift

Namnförtydligande

Vårdnadshavare, god man eller förvaltare

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Personnummer

Underskrift

Namnförtydligande

Härmed förklarar jag att lämnade uppgifter och svar i denna hälsodeklaration är fullständiga och sanna och att de ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltlig.

Om du redan har en Sjuk- och Olycksfallsförsäkring i ett annat bolag idag, är det viktigt att du inte säger upp den innan du har fått din nya försäkring beviljad!