

Varför behöver vi veta så mycket om ditt barns hälsa?

Du kan försäkra en kommande sjukdom eller olyckshändelse, men inte sjukdomar som redan finns idag.

Varför behövs en hälsodeklaration?

Din försäkring bygger på att flera personer hjälps åt att ersätta den som drabbas av en sjukdom eller olycka. För att dela den tryggheten betalar du en premie. Storleken på premien och vilken försäkring vi kan erbjuda beror på barnets hälsa. För att få teckna en barnförsäkring måste du därför svara på några frågor om barnets hälsa. Det bidrar till att ditt barn, och våra andra försäkrade barn får rätt försäkring till rätt premie.

Var noga och sanningsenlig

För att din barnförsäkring ska gälla, är det viktigt att du fyller i frågorna om barnets hälsa noga och sanningsenligt. Oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan innebära att försäkringen inte gäller. Undantag gäller för uppgifter om genetisk information, inga sådana uppgifter ska lämnas.

Det är viktigt att ni svara på alla frågor och eventuella kompletterande frågor. Får vi inte in en komplett ifylld hälsodeklaration kan vi tyvärr inte bevilja försäkringen.

Vem ska fylla i hälsodeklarationen?

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

Vad händer sedan?

Skicka in hälsodeklarationen till oss **inom 14 dagar från underskriftsdatum**. Du behöver inte frankera kuvertet. Vi tar sedan hand om din ansökan. Om du har skrivit något som kan ha betydelse för försäkringen behöver vi kanske ytterligare information från dig eller exempelvis barnets läkare. I så fall kommer vi att kontakta dig igen.

Tveka inte att kontakta oss om du känner dig osäker gällande hälsodeklarationen, vi hjälper dig gärna. Maila oss på riskbedomning@modernaforsakringar.se eller ring oss på telefonnummer 040-694 48 00 med frågor angående hälsodeklarationen.

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

Skicka hälsodeklarationen till:

Moderna Försäkringar
Riskbedömning
Svarspost
0020485075
203 10 Malmö

Hälsouppgifter – barn

Barnets namn

Barnets personnummer

Fråga 1–3 ska besvaras om barnet är under 6 år

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| 1 | a: Barnets födelsevikt, gram. | b: I vilken graviditetsvecka är barnet fött? |
| | c: På vilket sjukhus är barnet fött? | d: På vilken barnvårdscentral kontrolleras barnet? Ange namn och ort. |
- 2 Förekom någon komplikation för barnet i samband med förlossningen (t ex gulsot, andningsstörning, infektion, kramper, syrebrist eller lågt blodsocker)? Ja Nej
- 3 Har barnet varit inlagt på annan klinik än BB (t ex neonatal eller hemsjukvård) i samband med födelsen? Ja Nej

Fråga 4-17 besvaras alltid

- 4 Har barnet varit bosatt och folkbokfört utomlands de senaste 12 månaderna? Ja Nej
- 5 Är barnet adopterat? Ja Nej
- 6 Har eller har barnet under de senaste fem åren haft synfel, ögonsjukdom eller andra ögonbesvär? Ja Nej
- 7 Har eller har barnet under de senaste fem åren haft hörsselfel, öronsjukdom, öroninflammation eller andra öronbesvär? Ja Nej
- 8 Har eller har barnet under de senaste fem åren haft luftvägsbesvär, astma, allergi, hörsnuva, diarréer, födoämnesöverkänslighet, eksem (även böjveckseksem), torr hud eller andra hudbesvär? Ja Nej
- 9 Har det framkommit något vid kontroll på BVC eller skolhälsovård, t ex remiss till särskild undersökning som du hittills inte tagit upp? Ja Nej
- 10 Har barnet under de senaste fem åren undersökts, kontrollerats eller behandlats av läkare, psykolog, dietist, logoped/ talpedagog, kurator eller annan vårdpersonal som du hittills inte tagit upp (förutom ordinarie kontroll enligt program på BVC eller skolhälsovård)? Ja Nej
- 11 Kontrolleras, behandlas eller misstänks barnet ha någon sjukdom, skada, försenad utveckling (även talutveckling), någon funktionsnedsättning (fysisk eller psykisk) eller något fel på inre organ som du hittills inte tagit upp? Ja Nej
- 12 Har barnet något inplanerat besök hos läkare eller annan vårdgivare som du hittills inte tagit upp? Ja Nej
- 13 Har vårdbidrag från allmän försäkring sökts eller beviljats för barnet? Ja Nej
- 14 Har skolgången uppskjutits eller har barnet fått särskild anpassad hjälp (t ex assistent, särskola, extra resurs) på daghem/förskola/skola? Ja Nej
- 15 Har du tidigare ansökt om barnförsäkring för vilken du lämnat hälsodeklaration? Ja Nej
- 16 Har barnet fått ersättning för medicinsk och/eller ekonomisk Invaliditet för någon sjukdom eller skada? Ja Nej
- 17 a: Barnets aktuella längd, cm
- b: Barnets aktuella vikt, kg

Fråga 18 besvaras om barnet är över 6 år

- 18 Vilken skola går barnet i? Ange namn och ort

Om du har kryssat i någon cirkel fyller du i följdfrågorna med samma nummer under "kompletterande frågor" på sidan 4–10. Om du bara har kryssat i kvadrater , skriv under på sidan 3 och skicka in.



R H D 2 0 1 3 1

Underskrift

Barnets namn

Barnets personnummer

Behandling av personuppgifter

För att kunna riskbedöma och administrera försäkringar måste försäkringsgivaren samla in personuppgifter. Insamlade uppgifter kommer att sparas och behandlas konfidentiellt enligt EU:s dataskyddsförordning och kompletterande svensk dataskyddslagstiftning. Uppgifter från din ansökan och hälsodeklaration kan komma att lämnas ut till Moderna Försäkringars samarbetspartners, inklusive företag som hanterar riskbedömning och administration av sjuk- och olycksfallsförsäkringar. För fullständig information om behandlingen av personuppgifter, se Moderna Försäkringars integritetspolicy på [www.modernaforsakningar.se/integritet]. 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.

Vårdnadshavare

Datum för underskrift (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Underskrift

Telefonnummer

E-postadress

Försäkrat barn (16 år eller äldre)

Datum för underskrift (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Underskrift

Personnummer

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. För de fall där jag har fyllt i de kompletterande frågorna intygar jag även att dessa är fullständiga och sanna. 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!

Kompletterande frågor

Besvara endast de frågor som du markerat med en cirkel på sidan 2.

2 Förekom någon komplikation för barnet i samband med förlossningen (t ex gulsot, andningsstörning, infektion, kramper, syrebrist eller lågt blodsocker)?

Vilken eller vilka komplikationer hade ditt barn i samband med förlossningen?

Gulsot Lågt blodsocker Andningsstörning Kramper
 Infektion Syrebrist Annat, ange vad: _____

Vilken Apgar hade barnet (se förlossningsjournal)

1 min: _____ 5 min: _____ 10 min: _____

Har barnet kvarstående besvär?

Ja Nej

Ska barnet kontrolleras ytterligare?

Ja Nej

Om ja, ange vilka besvär.

Om ja, ange vad barnet ska kontrolleras för och när.

3 Har barnet varit inlagt på annan klinik än BB (t ex neonatal eller hemsjukvård) i samband med födelsen?

Av vilken anledning var barnet inlagt?

Vilken klinik/sjukhus var barnet inlagt på?

Under vilken period var barnet inlagt?

Är fler kontroller/undersökningar inplanerade?

Ja Nej

Om ja, ange vilka kontroller/undersökningar och när.

4 Har barnet varit bosatt och folkbokfört utomlands de senaste 12 månaderna?

I vilket land har barnet bott tidigare?

När kom barnet till Sverige?

5 Är barnet adopterat?

I vilket land har barnet bott tidigare?

När kom barnet till Sverige?

Är adoptivbarnskontroll gjord?

Ja Nej

Om ja, ange när adoptivbarnskontrollen gjordes och vad den visade.

Kompletterande frågor

Besvara endast de frågor som du markerat med en cirkel på sidan 2.

6

Har barnet under de senaste fem åren haft synfel, ögonsjukdom eller andra ögonbesvär? (besvara både 6a och 6b)

a) Är barnet närsynt/översynt?

Ja Nej

Om ja, besvara nedanstående frågor.

Är ditt barn översynt och har dioptritalet sämre än +6,0 på något öga?

Ja Nej

(Är du tveksam bifoga kopia på senaste glasögonreceptet.)

Är ditt barn närsynt och har dioptritalet sämre än -8 på något öga?

Ja Nej

(Är du tveksam bifoga kopia på senaste glasögonreceptet.)

b) Har eller har barnet tidigare haft något annat synfel, ögonsjukdom eller annat ögonbesvär?

Ja Nej

Om ja, besvara nedanstående frågor.

Ange vilket synfel, ögonsjukdom eller andra ögonbesvär.

Vilken läkare eller vårdgivare har anlitats? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.

När undersöktes, kontrollerades eller behandlades barnet?
Ange år och månad.

Vilken behandling har barnet genomgått (t ex medicin, operation etc)?

Ange vilka kvarstående men/besvär barnet har.

Är någon behandling/kontroll/utredning pågående eller planerad?

Ja Nej

Om ja, ange vilken behandling/kontroll/utredning som är planerad och när?

Kompletterande frågor

Besvara endast de frågor som du markerat med en cirkel på sidan 2.

7

Har eller har barnet under de senaste fem åren haft hörsselfel, öronsjukdom, öroninflammation eller andra öronbesvär?
(Besvara både 7a och 7b.)

a) Har barnet haft öroninflammation?

Ja Nej

Om ja, besvara nedanstående frågor.

Hur många gånger har barnet haft öroninflammation?

När var första gången barnet hade öroninflammation (ange år och månad)?

När var sista gången barnet hade öroninflammation (ange år och månad)?

Har barnet fått eller ska barnet få dränagerör?

Ja Nej

Om ja, när (ange år och månad) barnet fick dränagerör?

Sitter dränagerören fortfarande kvar?

Ja Nej

Om nej, när togs rören ut (ange år och månad)?

Har hörseln undersökts efter att dränagerören tagits ut?

Ja Nej

Om ja, vad visade undersökningen?

b) Har eller har barnet haft något annat hörsselfel, öronsjukdom eller öronbesvär?

Ja Nej

Om ja, besvara nedanstående frågor.

Ange vilket hörsselfel, öronsjukdom eller öronbesvär.

Vilket öra? Höger öra Vänster öra

Är någon behandling/utredning pågående eller planerad?

Om ja, ange vilken.

Ange vilka kvarstående men/besvär barnet har. Om barnet är besvärsfritt, ange sedan när.

| Kompletterande frågor

Besvara endast de frågor som du markerat med en cirkel på sidan 2.

8

Har eller har barnet under de senaste fem åren haft luftrörsbesvär, astma, allergi, hösnuva, diarréer, födoämnesöverkänslighet, eksem (även böjveckseksem), torr hud eller andra hudbesvär?

Vilka besvär har barnet eller har barnet haft?

Vilken läkare eller vårdgivare har anlitats? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.

Vilken diagnos har läkare/sjuksköterska ställt?

När hade barnet besvär första gången (ange år och månad)?

När hade barnet besvär senast (ange år och månad)?

Hur ofta och hur länge har barnet haft besvär?

Använder barnet eller har barnet blivit rekommenderat att använda medicin eller salva för besvären?

Ja Nej

Om ja, ange vilken medicin/salva.

Har barnet genomgått allergiutredning?

Ja Nej

Om ja, vad blev resultatet av allergiutredningen?

Har barnet varit inlagt för vård?

Ja Nej

Om ja, ange varför barnet varit inlagt.

Kompletterande frågor

Besvara endast de frågor som du markerat med en cirkel på sidan 2.

9

Har det framkommit något vid kontroll på BVC eller skolhälsovård, t ex remiss till särskild undersökning som du hittills inte tagit upp?

Har barnet remitterats till annan vårdgivare?

Ja Nej

Har barnet kvarstående men eller besvär?

Ja Nej

Är fler kontroller/undersökningar inplanerade?

Ja Nej

Ange orsaken till undersökningen, kontrollen eller behandlingen?

När undersöktes, kontrollerades eller behandlades barnet (ange år och månad)?

Vilken behandling har barnet genomgått (t ex vilken medicin, operation)?

Vad blev resultatet av undersökningen, kontrollen eller behandlingen?

Om ja, ange vilken vårdgivare.

Om ja, ange vilka kvarstående men/besvär.

Sedan när är barnet symtomfritt? Ange år och månad.

Om ja, ange vad för kontroll/undersökning och när.

10

Har barnet under de senaste fem åren undersökts, kontrollerats eller behandlats av läkare, psykolog, dietist, logoped/talpedagog, kurator eller annan vårdpersonal som du hittills inte tagit upp (förutom ordinarie kontroll enligt program på BVC eller skolhälsovård)?

Är någon behandling pågående eller planerad?

Ja Nej

Har barnet varit inlagt på sjukhus?

Ja Nej

Vilken var anledningen till undersökningen/kontrollen/behandlingen?

När undersöktes, kontrollerades eller behandlades barnet?

Vad blev resultatet av undersökningen, kontrollen eller behandlingen?

Vilken läkare, BVC eller vårdgivare har anlitats? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.

Ange vilka kvarstående men/besvär barnet har. Om barnet är besvärsfritt, ange sedan när.

Om ja, ange vilken behandling som är pågående eller planerad.

Om ja, ange varför och under vilka perioder barnet har varit inlagt.

Kompletterande frågor

Besvara endast de frågor som du markerat med en cirkel på sidan 2.

11

Kontrolleras, behandlas eller misstänks barnet ha någon sjukdom, skada, försenad utveckling (även talutveckling), någon funktionsnedsättning (fysisk eller psykisk) eller något fel på inre organ som du hittills inte tagit upp?

Vilka besvär har barnet eller har barnet haft?

Vilken diagnos har läkare/sjuksköterska/annan vårdpersonal ställt?

Vilken läkare eller vårdgivare har anlitas? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.

När hade barnet besvär första gången (ange år och månad)?

När hade barnet besvär senast (ange år och månad)?

Hur ofta har barnet haft besvär?

Har barnet kvarstående men eller besvär?

Ja Nej

Om ja, ange vilka.

Har barnet varit hemma från skolan för dessa besvär?

Ja Nej

Om ja, ange hur ofta och hur länge barnet har varit hemma från skolan.

12

Har barnet något inplanerat besök hos läkare eller annan vårdgivare som du hittills inte tagit upp?

Ange orsaken till det planerade besöket.

Ange tidpunkt för det planerade besöket.

Vilken läkare eller annan vårdgivare kommer att anlitas? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.

13

Har vårdbidrag från allmän försäkring sökts eller beviljats för barnet?

Av vilken anledning har vårdbidrag sökts eller beviljats för barnet?

För vilken tid?

Har vårdbidrag beviljats?

Kompletterande frågor

Besvara endast de frågor som du markerat med en cirkel på sidan 2.

14 Har skolgången uppskjutits eller har barnet fått särskild anpassad hjälp (t ex assistent, särskola, extra resurs) på daghem/förskola/skola ?

Varför har skolgången uppskjutits och/eller varför har barnet fått särskild anpassad hjälp?

Hur är daghem/förskola/skolgång anpassad till barnets besvär?
Under vilken tid?

Vilken läkare, skolhälsovård eller vårdgivare har anlitats?
Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.

15 Har du tidigare ansökt om barnförsäkring för vilken du lämnat hälsodeklaration?

Ange försäkring och försäkringsbolagets namn.

Beviljades försäkringen normalt (dvs utan begränsning/
undantag/premieförhöjning/avslag)?

Ja Nej

Om nej, ange orsak till varför försäkringen inte beviljades normalt.

16 Har barnet fått ersättning för medicinsk och/eller ekonomisk invaliditet för någon sjukdom eller skada.

Ange kroppsskada eller diagnos.

Tidigare skada undantas i villkoren

Ange årtal för sjukdomen eller skadan.

Kompletterande uppgifter
