

Ansökan Barn- och ungdomsförsäkring



Den här försäkringen får tecknas för barn som inte fyllt 18 år och ansökan ska fyllas i av förälder eller annan vårdnadshavare. De uppgifter som fylls i ligger till grund för försäkringsavtalet. Oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra att försäkringen blir ogiltig.

Ny försäkring

Höjning av försäkringsbelopp

Omprövning

Uppgifter om barnet

Efternamn och tilltalsnamn		Personnr
Har barnet motsvarande försäkring i annat försäkringsbolag, vilket?		Från när ska försäkringen gälla? * <input type="checkbox"/> Snarast
Fylls i av försäkringsbolaget, försäkringsnr, ombudsnr	Bolagsnr	* Observera! Om barnet redan har motsvarande försäkring hos annat försäkringsbolag, bör den inte sägas upp förrän denna ansökan är behandlad och godkänd av oss.

Förälder eller annan vårdnadshavare

Efternamn och tilltalsnamn	Telefonnr dagtid	Personnr
Utdelningsadress	Postnr	Postort
Mobilnr	E-postadress	

Välj försäkringsbelopp

600 000 kr 1 300 000 kr 2 200 000 kr

Betalas via bankgiro

Helår Halvår

Betalas via autogiro

Helår Halvår Månad

Övriga uppgifter

Hälsöförklaring

Oriktig eller ofullständig uppgift kan medföra att försäkringen blir ogiltig.

Frågorna 1 – 4 besvaras om barnet är under 6 år

	veckan	gram
1	I vilken graviditetsvecka föddes barnet samt ange barnets födelsevikt.	
2	Förekom några komplikationer för barnet i samband med graviditeten eller födelsen (t ex kejsarsnitt, sugklocka) eller under barnets första levnadsmånad (hit räknas även remiss till särskild undersökning)? Om ja – vad?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
3	Har barnet vårdats på annan klinik än BB i samband med födelsen? Om ja, vilket sjukhus/klinik?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
4	Har barnet genomgått hälsoundersökning av barnläkare på BB eller BVC? Om nej, ange anledning.	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Barnets personnummer

Frågorna 5 – 18 besvaras alltid

5	Ange barnets aktuella längd och vikt.		cm	gram/kilo
	Ska extra kontroll av längd och vikt göras utöver vanliga kontroller på BVC eller skolhälsovård?			<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
6	Vilken BVC eller skolhälsovård tillhör barnet? Ange namn och adress.			
7	Har något speciellt framkommit vid kontroll på BB, BVC eller skolhälsovård (hit räknas även remiss till särskild undersökning). Om ja, lämna kompletterande uppgifter nedan.			<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
8	Har barnet under de senaste 5 åren - förutom kontroll på BVC/skolhälsovård - vårdats, behandlats, undersökts eller kontrollerats av läkare, psykolog, logoped eller annan vårdpersonal? Om ja, lämna kompletterande uppgifter nedan.			<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
9	Kontrolleras, behandlas eller misstänks barnet ha någon sjukdom eller skada? Om ja, lämna kompletterande uppgifter nedan.			<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
10	Kontrolleras, behandlas eller misstänks barnet ha något fel på inre organ, fysisk eller psykisk funktionsnedsättning, försenad utveckling (gäller även talutveckling) Om ja, lämna kompletterande uppgifter nedan.			<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja



Kompletterande uppgifter om du har svarat ja på någon av frågorna 7-10

Fråga	Fråga nummer	Fråga nummer	Fråga nummer
Vilken sjukdom, besvär, skada eller funktionsnedsättning gäller det? Vilken var anledningen till undersökningen?			
Under vilken tid var ditt barn sjuk (år/mån)?			
Har barnet varit inlagt på sjukhus? Om ja, under vilken tid (år/mån)?			
När undersöktes, kontrollerades eller behandlades barnet senast (år/mån)?			
Vilken läkare, BVC, vårdinrättning eller annan vårdpersonal har anlåtats? Ange namn på klinik/mottagning.			
Behandling, rådgivning eller undersökning som barnet får eller har fått/gjort?			
Resultat av behandlingen, undersökningen eller rådgivningen?			
Ska ytterligare kontroller eller behandling göras? Om ja, när?			
Är ditt barn symtomfritt? Om ja, från vilket datum? Om nej, vilka kvarstående symtom/besvär har ditt barn?			

11	Avviker barnet på något sätt från andra jämnåriga barn i allmänhet, t ex före skolåldern erhållit stöd i sin utveckling eller under skoltiden haft särskilt anpassad utbildning (t ex i särskola) eller fått skolgången uppskjuten? Om svaret är ja, ange nedan på vilket sätt.	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
12	Har vårdbidrag från allmän försäkring utbetalats eller sökts? Om ja, ange anledning och under vilken tidsperiod (år/mån)?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
13	Har eller misstänks barnet ha någon ögonsjukdom, ögonskada eller synfel? Om svaret är ja, vilket?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
	Om ja, vilket öga? <input type="checkbox"/> höger <input type="checkbox"/> vänster <input type="checkbox"/> båda	
	Vid närsynthet/översynthet, är dioptriet mer än 6? Är du tveksam bifoga kopia av senaste glasögonreceptet.	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
14	Har eller misstänks barnet ha någon hörselskada eller hörselfel? Om svaret är ja, vilket?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
	Om ja, vilket öra? <input type="checkbox"/> höger <input type="checkbox"/> vänster <input type="checkbox"/> båda	
	Var och när utfördes senaste hörselkontrollen?	
15	Har eller har barnet haft symtom/besvär som t ex luftrörsbesvär, allergi, hörsnuva, diarréer, eksem även böjveckseksem, torr hud eller andra hudbesvär? Om svaret är ja, lämna svar på nedanstående frågor Symtom/besvär?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
	Under vilken tidsperiod (år/mån)?	
	Får eller har barnet rekommenderats/ordinerats behandling? Om svaret är ja, lämna svar på nedanstående frågor Vilken behandling?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
	Under vilken tidsperiod (år/mån)?	
	Om läkare anlitats, ange namn och adress	
16	Får eller har barnet det senaste året fått någon medicin? Om ja, lämna svar på nedanstående frågor. Vilken medicin? Under vilken tidsperiod (år/mån)?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
	Av vilken anledning?	
	Receptskrivande läkare, namn och adress.	

Barnets personnummer

17	Är barnet fött utanför Sverige? Om ja, lämna svar på nedanstående frågor.	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
	I vilket land är barnet fött?	
	När kom barnet till Sverige?	
	År _____ Månad _____	
	Är barnet adopterat? Om ja, lämna svar på nedanstående frågor.	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
18	Är adoptivbarnskontroll genomförd? Om ja, medför den ytterligare undersökningar/åtgärder, t ex remiss till annan undersökning?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
	Har barnet varit bosatt i annat land än Sverige de senaste 12 månaderna?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
	Om svaret är ja, vilket land har barnet vistats i och när kom barnet tillbaka till Sverige?	
	Land _____ År _____ Månad _____	

Kompletterande uppgifter om ditt barns hälsa

Underskrift om du strukit över/ändrat något svar

Ändrat mig på fråga/frågor med nummer:	Vårdnadshavarens namnteckning

Underskrift av förälder eller annan vårdnadshavare

De uppgifter jag lämnat på denna hälsoförklaring ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag intygar att jag själv har svarat på frågorna och att svaren är sanna och fullständiga. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga svar kan göra hela eller delar av försäkringen ogiltig. Jag medger att de lämnade uppgifterna om mitt barns hälsotillstånd får delges anlitat återförsäkringsbolag.

Datum	Underskrift
Barnets personnummer	

Ansökan är giltig under 14 dagar från undertecknandet.

Behandling av personuppgifter

Dina Försäkringar registrerar och behandlar sådana personuppgifter som är nödvändiga för att vi ska kunna bedöma försäkringsansökningar, administrera försäkringsavtal, utreda skadeärenden, upprätta försäkringsstatistik, bedriva produktutveckling och genomföra marknadsföring. Genom att lämna dina personuppgifter till oss samtycker du till att vi behandlar dem för att fullgöra våra åtaganden enligt ovan. Insamlade uppgifter kommer att sparas i våra datasystem och behandlas med respekt för din personliga integritet enligt personuppgiftslagen.

Uppgifterna kommer normalt direkt från dig eller från andra bolag inom Dina Försäkringar. Uppgifter kan komma att lämnas ut till andra bolag inom Dina Försäkringar, till återförsäkringsbolag eller andra företag som vi samarbetar med samt till myndigheter om detta följer av lag. Ansvarig för behandlingen av personuppgifter är Dina Försäkring AB alternativt ditt lokala försäkringsbolag vars namn och kontaktuppgifter framgår av försäkringsbrevet och på hemsidan www.dina.se. Du kan vända dig till något av bolagen för att skriftligen en gång per år begära information om de personuppgifter som behandlas. Du kan också när som helst anmäla att dina personuppgifter inte ska användas för direktmarknadsföring eller anmäla rättelse av felaktig eller missvisande uppgift.

Interna noteringar

Riskbedömning	Datum och signatur handläggare