

# Ansökan

## - Gjensidige Barn & Ungdom

Kan tecknas mellan 0-18 år.

Försäkringsnummer:

Ombudsnummer:

Kryssa i om ansökan gäller nyteckning eller ändring av befintlig försäkring

Nyteckning  Ändring av befintlig försäkring med nr: \_\_\_\_\_

**Alla frågor måste besvaras för att ansökan ska kunna behandlas. Ansökan kan skickas in med bifogat svarskuvert**

### A. Allmänna uppgifter

Försäkrad

Barnets efternamn och tilltalsnamn	Personnummer (ÅÅ-MM-DD-NR)
------------------------------------	----------------------------

Vårdnadshavare

Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer (ÅÅ-MM-DD-NR)
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefonnummer (dagtid)	E-post

### B. Försäkringens omfattning

Välj försäkringsbelopp vid medicinsk invaliditet

Försäkringsbelopp vid medicinsk invaliditet:

2 000 000 kr  1 800 000 kr  1 400 000 kr  1 000 000 kr

Nuvarande barnförsäkring

Ska den sökta försäkringen ersätta nuvarande försäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, från vilket datum ska försäkringen i Gjensidige börja gälla?
	Ska den sökta försäkringen ersätta nuvarande försäkring i Gjensidige? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Välj betalsätt

Vid val av helår eller halvår tillkommer en aviavgift på 30 kronor per avi.

Helår  Halvår  Månad via autogiro - Vid val av månadsbetalning fyll även i separat autogiromedgivande.

Barnets personnummer (ÅÅ-MM-DD-NR)



## C. Hälsfrågor

Barn under 6 år (fråga 1-7 besvaras endast om barnet är under 6 år)

1) Barnets födelsevikt:	
2) På vilket sjukhus föddes barnet? Ange namn och adress.	
3) Har det framkommit något speciellt under förlossning eller under barnets tre första levnadsmånader, hit hör även remiss till särskild undersökning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange vad:

### Uppgifter om barnets hälsa (besvaras av alla)

4) Vilken Barnavårdscentral (BVC) alt. skola tillhör barnet? (Ange fullständig namn och adress)
5) Har något särskilt framkommit vid kontroll hos BVC eller skolhälsovård, hit hör även remiss till särskild undersökning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
6) Har barnet undersökts, kontrollerats eller behandlats av läkare, psykolog, dietist, logoped/talpedagog eller annan vårdpersonal under de senaste 5 åren? (förutom kontroll på BVC eller skolhälsovård) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
7) Har eller misstänks barnet ha någon sjukdom, skada, fel på inre organ, problem med skelett, leder eller senor, fysiskt eller psykiskt handikapp, eller försenad utveckling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

### Kompletterande uppgifter (gäller fråga 5-7)

Om du svarat ja på någon av frågorna 5-7, lämna kompletterande uppgifter nedan eller på löst blad

(Kom ihåg att skriva namn och personnummer på lösbladet). Samtliga sjukdomar, skador och handikapp ska uppges.

<b>Frågans nummer:</b>	
Ange vilken sjukdom, symtom, skada, handikapp det gäller eller anledning till undersökningen/behandlingen/kontrollen:	
Under vilka tider var barnet sjuk? (Fr o m ÅÅ-MM t o m ÅÅ-MM)	Har barnet vårdats på sjukhus?
När undersöktes, kontrollerades eller behandlades barnet senast? (år och månad)	Vilken behandling och/eller rådgivning har barnet fått eller ska få?
Vad blev resultatet av behandlingen/rådgivningen?	Kommer ytterligare kontroller/behandling att ske? Om ja när?
Vilken läkare, BVC eller vårdinrättning har anlitats? (namn och fullständig adress)	
Är barnet symtom-/besvärsfritt? Om ja sedan när? Om nej vilka besvär kvarstår?	

<b>Frågans nummer:</b>	
Ange vilken sjukdom, symtom, skada, handikapp det gäller eller anledning till undersökningen/behandlingen/kontrollen	
Under vilka tider var barnet sjuk?	Har barnet vårdats på sjukhus?
När undersöktes, kontrollerades eller behandlades barnet senast? (år och månad)	Vilken behandling och/eller rådgivning har barnet fått eller ska få?
Vad blev resultatet av behandlingen/rådgivningen?	Kommer ytterligare kontroller/behandling att ske? Om ja när?
Vilken läkare, BVC eller vårdinrättning har anlitats? (namn och fullständig adress)	
Är barnet symtom-/besvärsfritt? Om ja, sedan när? Om nej, vilka besvär kvarstår?	

Barnets personnummer (ÅÅ-MM-DD-NR)



### Fortsättning uppgifter om barnets hälsa (besvaras av alla)

8) Har ditt barn pågående medicinering eller har barnet haft någon medicinering under de senaste 12 månaderna? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange vilken medicin, under vilken tidsperiod, av vilken anledning samt vilken recept-skrivande läkare/vårdgivare som ordinerat medicineringen.
9) Har eller har barnet haft symtom/besvär som t ex allergi, hörsnuva, lufttrörsbesvär, diarré eller eksem (även böjveckseksem), torr hud eller andra hudbesvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange symtom/besvär samt ange om barnet fått rekommenderat/ ordinerats medicin eller salva.
10) Har eller misstänks barnet ha någon ögonsjukdom, ögonskada eller synfel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange symtom/besvär samt ange om barnet fått rekommenderat/ ordinerats medicin eller salva. Vid synfel, ange dioptrital.
Om Ja, ange vilket öga: <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Båda	Vilken vårdinrättning/ögonläkare har ni sökt? Ange namn och adress.
11a) Har eller misstänks barnet ha någon öronsjukdom, öronskada eller hörsselfel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, beskriv vilken/vilket: Vilket öra? <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Båda
11b) Var är hörseln kontrollerad och när kontrollerades den senast? Ange namn och adress.	
12) Har eller har barnet haft särskild tillsyn, stöd (t ex assistent) i förskola/ skola, anpassad eller uppskjuten skolgång? Eller har barnet genomgått skol-förberedande undersökning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange orsak, under vilken tid samt på vilket sätt förskola/skola anpassats till barnets besvär.
13a) Har vårdbidrag från allmän försäkring sökts? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja ange orsak/diagnos:
När söktes vårdbidraget?	
13b) Är barnet inskrivet i svensk Försäkringskassa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
14) Har barnförsäkring ansökts hos annat Försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange om försäkringen blev beviljad med villkor utan eller med klausul.

### När börjar försäkringen gälla

Försäkringen börjar gälla dagen efter den dag du ansökte om försäkringen under förutsättning att ansökan är komplett ifylld, att försäkringen kan beviljas med normala villkor och att inte önskemål finns om att försäkringen ska börja gälla vid ett senare tillfälle.

### Underskrift av vårdnadshavare (och den försäkrade från 16 års ålder)

De uppgifter jag lämnat om mitt barn/mig på denna hälsoförklaring ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag intygar härmed att jag själv besvarat frågorna och att svaren är riktiga och fullständiga. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra hela eller delar av försäkringen ogiltig. Jag intygar att jag har tagit del av den förköpsinformation om produktens innehåll och begränsningar som Gjensidige tillhandahållit.

**Jag medger att lämnade uppgifter om mitt/mitt barns hälsotillstånd får delges Gjensidiges samarbetspartner Sweden Re, (filial till SCOR Global Life SE, org.nr. 516407-9799) för behandling av ansökan.**

Jag är medveten om att ansökan med hälsofrågor är giltig i 1 månad från undertecknat datum varför jag skyndsamt skickar in den till Gjensidige. **Ansökan äldre än 1 månad som inkommer till Gjensidige är inte giltig.** En ny ansökan kommer i sådant fall att skickas ut där jag på nytt får fylla i hälsouppgifterna.

Barnets personnummer (ÅÅ-MM-DD-NR)



### Fullmakt

Fullmakt för Gjensidige Forsikring ASA, Norge, svensk filial, nedan kallad Gjensidige (516407-0384) samt dess samarbetspartner Sweden Re filial till SCOR Global Life SE, nedan kallad Sweden Re (516407-9799) att hos läkare eller annan vårdgivare, sjukhus eller annan vårdinrättning, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog, psykoterapeut eller Försäkringskassan inhämta de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg med mera som Gjensidige samt Sweden Re anser sig behöva för att bedöma min nu aktuella försäkringsansökan.

Jag medger att ovan nämnda handlingar får utlämnas till Gjensidige samt Sweden Re som anlitas.

Den information som inhämtas kommer att arkiveras hos Gjensidige oavsett om försäkring alternativt ersättning beviljas eller inte. Arkiveringen kommer att ske i enlighet med vid var tidpunkt gällande svensk lag och myndighetsföreskrifter samt i enlighet med Gjensidiges gällande sekretessregler.

Denna fullmakt, som syftar till att Gjensidige och Sweden Re ska kunna bedöma min/mitt barns nu aktuella försäkringsansökan gäller till dess att Gjensidige och Sweden Re slutgiltigt bedömt min ansökan. En återkallelse av fullmakten ska ske skriftligt och innebär att jag frånträder min försäkringsansökan gentemot Gjensidige.

Datum (år, månad, dag) \_\_\_\_\_

**Jag är intresserad av andra försäkringar t ex hem- och bilförsäkring, kontakta mig gärna!**

Underskrift av vårdnadshavare: \_\_\_\_\_ Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

Underskrift av försäkrad från 16 års ålder: \_\_\_\_\_ Namnförtydligande: \_\_\_\_\_