

# Att fylla i hälsodeklarationen

**Varför vill vi veta så mycket om ditt barns hälsa?**



För att du ska få den barnförsäkring du önskar behöver vi få reda på hur ditt barns hälsa är och har varit. Vi behöver så noggranna svar av dig som möjligt när du fyller i hälsodeklarationen. Om vi får ta del av ditt barns hälsa så behöver du inte oroa dig för att försäkringen inte fungerar om något skulle hända i framtiden. Med en barnförsäkring är du försäkrad mot det som inte går att förutse, som en kommande sjukdom eller olyckshändelse. Sjukdomar eller besvär som barnet redan har kan vi däremot inte alltid försäkra.

## Gör så här

- Svara på alla frågor i hälsodeklarationen, även om det är många
- Skriv hellre för mycket än för lite
- Ta även med sådant som du inte tycker har någon betydelse - det kan hjälpa oss till en bättre bedömning.

Med en fullständig och korrekt ifylld blankett kan vi kan ge dig rätt försäkringskydd till rätt pris. Observera att det är du som vårdnadshavare som måste signera blanketten.

## Skicka in hälsodeklarationen

Skicka in hälsodeklarationen till oss inom 30 dagar från ditt underskriftsdatum. Vi tar sedan hand om din ansökan. Om vi behöver ytterligare information från exempelvis läkare eller vårdcentral kommer vi att skicka en fullmakt till dig som vi ber dig att skriva under. Den ger oss möjlighet att ta del av de nödvändiga handlingar som krävs för att vi ska kunna göra en korrekt bedömning. Om du har glömt att svara på något i hälsodeklarationen kommer vi att skicka tillbaka den till dig för komplettering.

## Vi behöver ditt samtycke

För att få handlägga en ansökan som innehåller hälsouppgifter behöver vi även ditt samtycke. Det lämnar du genom en underskrift på sista sidan. Vi är väldigt noggranna och försiktiga med de uppgifter du i förtroende lämnar till oss. Allt vi får veta behandlar vi strikt konfidentiellt. För mer information om hur Gjensidige behandlar hälsouppgifter och andra personuppgifter, se [www.gjensidige.se/gdpr](http://www.gjensidige.se/gdpr)

## Har du några frågor? Välkommen!

Kontakta oss på Kundservice, tel. 0771-326 326. Vi har öppet vardagar 08.30 - 17.00.



**Kontakta oss  
på 0771 326 326**

# 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.**

### 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

(fråga 1-4 besvaras endast om barnet är under 6 år)

1) Barnets födelsevikt:	Födelsevecka:
2) På vilket sjukhus föddes barnet? Ange namn och adress.	
3) Var det några komplikationer i samband med förlossningen? Hit räknas även kejsarsnitt och annan icke spontan förlossning. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilka komplikationer?
4) Har barnet varit inlagt på annan klinik/avdelning än BB i samband med förlossningen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, fyll i kompletterande uppgifter nedan.

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

5) Vilken Barnvårdscentral (BVC) alt. skola tillhör barnet? (Ange fullständig namn och adress)
6) 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
7) 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
8) 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 3-4 och 6-8)

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

(Kom ihåg att skriva namn och personnummer på lössbladet). 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)

9) 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.
10) Har eller har barnet haft symtom/besvär som t ex allergi, hörsnuva, luftförsvär, 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.
11) 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.
12) 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
13) Var är hörseln kontrollerad och när kontrollerades den senast? Ange namn och adress. <b>(besvaras av alla)</b>	
14) 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.
15) Har vårdbidrag från allmän försäkring sökts? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja ange orsak/diagnos:
När söktes vårdbidraget?	
16) Är barnet inskrivet i svensk Försäkringskassa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
17) 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)

Uppgifterna jag lämnat i den här ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag förstår att riktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig. Ansökan med hälsofrågor är giltig i 1 månad från undertecknat datum En ansökan som är äldre än 1 månad är ogiltig. En ny ansökan kommer i sådant fall att skickas ut där jag på nytt får fylla i hälsouppgifterna.

### Personuppgifter

Gjensidige försäkring är personuppgiftsansvarig enligt dataskyddsförordningen (GDPR) för behandling av personuppgifter. Genom undertecknande av denna hälsodeklaration samtycker jag till att Gjensidige försäkring och dess samarbetspartner för riskbedömning behandlar uppgifter som är lämnade i och med denna hälsodeklaration för att avgöra ansökan om försäkringen. Du kan läsa mer om hur vi behandlar dina personuppgifter på vår hemsida, [www.gjensidige.se](http://www.gjensidige.se). Samtycket kan återkallas genom att jag kontaktar Gjensidige försäkring.

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: \_\_\_\_\_