



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.

Du kan försäkra det oväntade

Det som inte går att förutse, exempelvis en kommande sjukdom eller olyckshändelse, kan du försäkra. Sjukdomar eller besvär som barnet redan har kan vi däremot inte alltid försäkra. I de flesta fall kan barnet få en försäkring men vi gör undantag för de sjukdomar och besvär som redan finns när du ansöker om försäkringen.

Det är därför vi behöver veta så mycket om ditt barns hälsa. När du fyller i hälsodeklarationen – Barnets hälsa – får vi kunskap om ditt barn som gör att vi kan bedöma vilken försäkring vi kan erbjuda dig.

Gör så här så fungerar försäkringen när den behövs

Fyll i den bifogade hälsodeklarationen – Barnets hälsa. Besvara alla frågorna och skriv hellre för mycket än för lite. Skriv så utförligt som möjligt, det hjälper oss att göra en bättre bedömning.

Tänk på att om du lämnar oriktiga eller ofullständiga uppgifter så kan ersättningen minska eller utebli när ni behöver den. Med en fullständigt ifyllt Barnets hälsa – kan vi ge ditt barn rätt försäkringsskydd.

Vad händer sedan?

Skicka in ”Barnets hälsa” till oss inom 14 dagar från ditt underskriftsdatum. Vi tar sedan hand om din ansökan. Om du har skrivit något som kan ha betydelse för försäkringen behöver vi

kanske ytterligare information från exempelvis barnets läkare eller vårdcentral. I så fall kommer vi att skicka en fullmakt till dig som vi ber dig skriva under. Den ger oss möjlighet att ta del av nödvändiga handlingar som krävs för att vi ska kunna göra en bedömning av försäkringens omfattning.

Vi behöver ditt samtycke

För att få handlägga din ansökan som innehåller hälsouppgifter behöver vi ditt samtycke. Du lämnar ditt samtycke genom en underskrift på sista sidan. Du har rätt att när som helst återkalla ditt samtycke. Vill du återkalla ditt samtycke kontaktar du Länsförsäkringar, se kontaktuppgifter nedan. Om du återkallar samtycket innebär det att vi inte längre kan handlägga din ansökan. Ett återkallande påverkar inte den rätt Länsförsäkringar haft att utföra åtgärder så länge samtycke funnits.

Vi är väldigt noggranna och försiktiga med de uppgifter du i förtroende lämnar till oss om din hälsa. Allt vi får veta behandlar vi strikt konfidentiellt.

För mer information om hur Länsförsäkringar behandlar hälsouppgifter och andra personuppgifter, se vår information Behandling av personuppgifter som du hittar på vår webbplats lansforsakringar.se/personuppgifter. Om du vill kan du få informationen skickad till dig, kontakta i så fall ditt lokala länsförsäkringsbolag.

Kontaktuppgifter för återkallande av samtycke:

E-mail: liv-riskbedomning@lansforsakringar.se

Adress: Länsförsäkringar AB,

Medicinsk riskbedömning,

106 50 Stockholm



Så här gör du
A Fyll i "Uppgifter om barnet".

B Besvara frågorna 1-16.

C Om du kryssat i någon cirkel fyller du i "Kompletterande frågor". Annars går du till avsnitt D på sidan 4.

D Skriv under på sista sidan.

E Skicka in ansökningshandlingarna snarast, dock senast inom 14 dagar från underskriftsdatum.

Fylls i av Länsförsäkringar

Försäkringsnummer

 Nyteckning Höjning
 Omprövning/efterprövning

A Uppgifter om barnet

Efternamn, tilltalsnamn

Personnummer

För att barnet ska få rätt försäkringsskydd är det viktigt att du tar dig tid att läsa igenom och noggrant besvarar alla frågor. Försäkringsavtalet kan bli ogiltigt om du skulle lämna oriktiga uppgifter. Den information du lämnar behandlar vi strikt konfidentiellt. Tänk på att ta upp alla barnets kontakter med sjukvården de senaste fem åren (avser fråga 4-14).

B Fråga 1 och 2 besvaras om barnet är under 6 år

1a. Barnets födelsevikt	gram	1b. I vilken graviditetsvecka är barnet fött?	
1c. På vilket sjukhus är barnet fött?		1d. På vilken barnvårdscentral kontrolleras barnet?	
2. Har barnet varit inlagt på annan klinik än förlossningsklinik (BB) i samband med förlossningen? Förekom någon komplikation för barnet i samband med förlossningen eller under den första levnadsmånaden?		<input type="radio"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Frågorna 3-15 besvaras alltid			
3. Är barnet bosatt och folkbokfört i Sverige sedan minst ett år? (Om barnet är fött i Sverige och inte fyllt ett år, behöver frågan inte besvaras.)		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
4. Är barnet adopterat?		<input type="radio"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
5. Har något framkommit vid kontroll på barnvårdscentral eller skolhälsovård?		<input type="radio"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
6. Har barnet haft eller har barnet uppvisat symtom som eksem, allergi, födoämnesöverkänslighet eller luftrörsbesvär/astma?		<input type="radio"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
7. Har barnet eller har barnet tidigare haft synfel, ögonsjukdom eller andra ögonbesvär?		<input type="radio"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
8. Har barnet eller har barnet tidigare haft hörsselfel, öronsjukdom, öroninflammation eller andra öronbesvär?		<input type="radio"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
9. Har barnet förutom kontroller på barnvårdscentral eller skolhälsovård undersökts, kontrollerats, behandlats eller vårdats av läkare eller annan vårdgivare?		<input type="radio"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
10. Har eller misstänks barnet ha något fel på inre organ, sjukdom, kroppsfel, fysiska/psykiska besvär, skada, försenad talutveckling eller annan försenad utveckling?		<input type="radio"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
11. Har barnet använt eller av läkare blivit rekommenderad att använda något receptbelagt/receptfritt läkemedel för sjukdom eller besvär som du hittills inte tagit upp?		<input type="radio"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
12. Har barnet något besök hos läkare eller annan vårdgivare planerat som du hittills inte tagit upp?		<input type="radio"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
13. Har vårdbidrag från Försäkringskassan sökts eller beviljats för barnet?		<input type="radio"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
14. Har barnet fått särskild anpassad hjälp på daghem/förskola/skola (assistenthjälp, särskola, extra resurs eller uppskjuten skolgång)?		<input type="radio"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
15 a. Barnets aktuella vikt?	kg	15 b. Barnets aktuella längd?	cm
Fråga 16 besvaras om barnet är över 6 år			
16. Vilken skolhälsovård tillhör barnet? Skolans namn/adress			

Korrigerering av fråga/frågor

Jag har korrigerat följande fråga/frågor

Nr

Namnteckning

C Om du bara kryssat i kvadrater , gå till sidan 4 för underskrift.

 Om du har satt något kryss i en cirkel , fortsätt till sidan 3 för att komplettera.

2. Komplikationer

- A. Ange vilken komplikation som uppstått för barnet i samband med förlösningen eller under den första levnadsmånaden.
- B. Ange vilken klinik barnet varit inlagd på.
- C. Har barnet kvarstående besvär? Om "Ja", ange vilka.

3. Bosättning i Sverige

- A. När kom barnet till Sverige?

4. Adoptivbarn

- A. Vilken läkare eller vårdgivare har anlitats vid adoptivbarns kontrollen? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.
- B. När skedde kontrollen?

5. Kontroll på barnavårdscentral/ skolhälsovård

- A. Ange orsaken till undersökningen, kontrollen eller behandlingen på barnavårdscentralen/skolhälsovården.
- B. När undersöktes, kontrollerades eller behandlades barnet?
- C. Vilken behandling har barnet genomgått, t ex vilken medicin?
- D. Vad blev resultatet av undersökningen, kontrollen eller behandlingen?
- E. Har barnet remitterats till annan vårdgivare? Om "Ja", ange vilken.
- F. Är barnet slutkontrollerat? Om "Ja", ange när?

6. Eksem, allergi, födoämnesöverkänslighet, luftrörsbesvär/astma

- A. Vilka besvär har barnet eller har barnet haft?
- B. När hade barnet besvär första gången?
- C. Hur ofta har barnet haft besvär?
- D. När senast?
- E. Använder barnet eller har barnet blivit rekommenderat att använda medicin eller salva för besvären? Om "Ja", ange vilken medicin/salva.
- F. Vilken läkare eller vårdgivare har anlitats? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.
- G. Har barnet genomgått allergiutredning?
- H. Kvarstår besvären?

7. Syn/Ögon

- A. Ange synfel, ögonsjukdom eller andra ögonbesvär.
- B. Berörs båda ögonen? Om "Nej", ange vilket öga.
- C. Om barnet är närsynt, ange dioptritalet på vardera ögat (är du tveksam bifoga kopia av senaste glasögonreceptet).
- D. Vilken läkare eller vårdgivare har anlitats? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.
- E. När undersöktes, kontrollerades eller behandlades barnet?
- F. Vilken behandling har barnet genomgått, t ex medicin, operation etc?
- G. Vad blev resultatet av undersökningen, kontrollen eller behandlingen?
- H. Är någon behandling pågående eller planerad? Om "Ja", ange vilken.

8. Hörsel/Öron

- A. Ange hörsselfel, öronsjukdom eller andra öronbesvär.
- B. Om barnet har haft öroninflammation, ange hur många gånger. När var första gången och när var senaste gången?

- C. Är hörseln nedsatt på något öra? Om "Ja", ange vilket öra.
- D. Vilken läkare eller vårdgivare har anlitats? Ange sjukhus, klinik, logopedmottagning etc.
- E. När undersöktes, kontrollerades eller behandlades barnet?
- F. Vilken behandling har barnet genomgått, t ex medicin, operation, rör etc? Om eventuell rörbehandling är avslutad, ange när?
- G. Vad blev resultatet av undersökningen, kontrollen eller behandlingen?
- H. Är någon behandling pågående eller planerad? Om "Ja", ange vilken.

9. Behandling, vård

- A. Ange orsaken till undersökningen/kontrollen/behandlingen.
- B. Vilken läkare eller vårdgivare har anlitats? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.
- C. När undersöktes, kontrollerades eller behandlades barnet?
- D. Vilken behandling har barnet genomgått, t ex medicin, operation etc?
- E. Vad blev resultatet av undersökningen, kontrollen eller behandlingen?
- F. Slutkontrollerad? När?
- G. Har barnet kvarstående besvär? Om "Ja", ange vilka. Om "Nej", besvärsfri sedan när?

10. Andra besvär

- A. Vilka besvär har eller misstänks barnet ha?
- B. Vilken läkare eller vårdgivare har anlitats? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.
- C. När undersöktes, kontrollerades eller behandlades barnet?
- D. Vilken behandling har barnet genomgått? Ange medicin, operation etc.
- E. Slutkontrollerad? När?
- F. Har barnet kvarstående besvär? Om "Ja", ange vilka. Om "Nej", besvärsfri sedan när?

11. Läkemedel

- A. Ange läkemedlets namn.
- B. Ange orsak till medicinering/behandling.
- C. Vilken läkare eller vårdgivare har anlitats? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.
- D. Under vilken tidsperiod har barnet behandlats?
- E. Har barnet kvarstående medicinering/behandling?

12. Planerade besök

- A. Ange orsaken till besöket.
- B. Ange tidpunkt för planerat besök.
- C. Vilken läkare eller annan vårdgivare kommer att anlitas? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.

13. Vårdbidrag

- A. Av vilken anledning har vårdbidrag sökts eller beviljats för barnet?
- B. För vilken tid?
- C. Har vårdbidrag beviljats?

14. Särskild anpassad hjälp

- A. Ange orsak.
- B. Hur är daghem/förskola/skolgång anpassad till barnets besvär?
- C. Under vilken tid?
- D. Vilken läkare, skolhälsovård eller vårdgivare har anlitats? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.

Komplettering av fråga nr: _____
(Var god texta)

Alla frågor som finns noterade för respektive fråga ska besvaras

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

Komplettering av fråga nr: _____
(Var god texta)

Alla frågor som finns noterade för respektive fråga ska besvaras

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

Komplettering av fråga nr: _____
(Var god texta)

Alla frågor som finns noterade för respektive fråga ska besvaras

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

Komplettering av fråga nr: <input type="text"/> (Var god texta)
Alla frågor som finns noterade för respektive fråga ska besvaras
A.
B.
C.
D.
E.
F.
G.
H.

Komplettering av fråga nr: <input type="text"/> (Var god texta)
Alla frågor som finns noterade för respektive fråga ska besvaras
A.
B.
C.
D.
E.
F.
G.
H.

Korrigerering av fråga/frågor		
Jag har korrigerat följande fråga/frågor	Nr	Namnteckning

Övriga upplysningar
<input type="checkbox"/> Jag bifogar medicinsk information på separat papper med barnets personnummer och med min underskrift.

D Vårdnadshavarens underskrift	
<p>Jag har tagit del av informationen "Varför behöver vi veta så mycket om ditt barns hälsa". De uppgifter som lämnas i denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag intygar att jag själv besvarat frågorna och att svaren är sanna och fullständiga samt lämnade med kännedom om att oriktigt eller ofullständigt svar kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Jag är medveten om att hälsouppgifter i samband med ansökan som inte lämnas på denna blankett inte kan åberopas av mig. Länsförsäkringar kan komma att arkivera ansökningshandlingar, hälsodeklarationer och övriga uppgifter oavsett om ansökan bifalls eller inte. Handlingarna ska skickas in till Länsförsäkringar inom 14 dagar från underskriftsdatum. Ort och datum</p>	
Vårdnadshavarens underskrift	Vårdnadshavarens namnförtydligande
Barnets namn och personnummer	
Namn	Personnummer

Underskrift - Samtycke till behandling av personuppgifter	
<p>Jag samtycker till att Länsförsäkringar* behandlar de uppgifter om mitt barns hälsa som Länsförsäkringar behöver för att kunna handlägga min ansökan om försäkring eller ändring av försäkring i enlighet med informationen Behandling av personuppgifter som du hittar på vår webbplats. *Med Länsförsäkringar avses de bolag som är försäkringsgivare till den eller de försäkringar du ansöker om.</p>	
Ort och datum	
Vårdnadshavarens underskrift	Vårdnadshavarens namnförtydligande
Du har rätt att när som helst återkalla ditt samtycke, läs mer om detta på första sidan.	

Riskbedömning (fylls i av Länsförsäkringar)	
Riskbedömning	Riskbedömning datum och sign
<input type="checkbox"/> Normalt <input type="checkbox"/> Restriktion	
<input type="checkbox"/> RB	