

ANSÖKAN BARN- OCH UNGDOMSFÖRSÄKRING



Den här försäkringen kan tecknas för barn som inte har fyllt 18 år. Försäkringen kan tecknas för person som är folkbokförd och stadigvarande bosatt i Sverige.

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 VÅRDADSHAVARE

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

VI BEHÖVER UPPGIFTER OM DITT BARNS HÄLSA

För att du ska kunna köpa en försäkring behöver du fylla i en ansökan med uppgifter om ditt barns hälsa. Vi behöver informationen för att kunna erbjuda barnet ett så bra försäkringsskydd som möjligt utifrån barnets förutsättningar. Vi gör alltid en individuell bedömning.

Du/ditt barn kan inte få ersättning för en sjukdom eller skada barnet redan har när du ansöker om försäkring. Vi kan oftast erbjuda dig försäkring med undantag (klausul) för den sjukdomen eller skadan som barnet redan har. Kan vi inte bevilja den försäkring du önskar erbjuder vi en försäkring med så bra försäkringsskydd som möjligt.

Det är viktigt att du svarar på alla frågor i ansökan. Det är bättre att du fyller i för mycket än för lite. Ta även med alla detaljer eftersom det kan hjälpa oss att göra en bättre bedömning av ditt barns hälsa. Det är när du lämnat fullständiga uppgifter som vi kan ge dig rätt försäkring. Om du lämnar ofullständiga eller oriktiga uppgifter kan din/barnets ersättning minska eller helt utebli vid en skada.

Skicka ansökan till oss så snart som möjligt, vi behöver din ansökan senast 14 dagar efter att du har skrivit under den. Skulle vi behöva ytterligare uppgifter hör vi av oss till dig. I vissa fall kan vi behöva få tillgång till journaluppgifter från vårdgivare men då behöver du ge oss tillåtelse till det genom att skriva på en fullmakt. Informationen om ditt barns hälsa behandlar vi i enlighet med dataskyddsförordningen och med hänsyn till den personliga integriteten.

Vill du veta mer om varför vi behöver uppgifter om ditt barns hälsa kan du läsa mer här
https://www.svenskforsakring.se/globalassets/faktablad/barn_2018.pdf

HÄLSOFÖRKLARING

Uppgifterna 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.

FRÅGORN 1 – 4 BESVARAS OM BARNET ÄR UNDER 6 ÅR

1	I vilken graviditetsvecka föddes barnet samt ange barnets födelsevikt. <p style="text-align: center;">veckan gram</p>	
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

FRÅGORN 5 – 19 BESVARAS ALLTID

5	Ange barnets aktuella längd och vikt. <p style="text-align: center;">cm gram/kilo</p>	
6	Ska extra kontroll av längd och vikt göras utöver vanliga kontroller på BVC eller skolhälsovård?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
7	Vilken BVC eller skolhälsovård tillhör barnet? Ange namn och adress.	
8	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
9	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
10	Kontrolleras, behandlas eller misstänks barnet ha någon sjukdom eller skada? Om ja, lämna kompletterande uppgifter nedan.	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
11	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 8-11

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 anlitats? 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?			

FRÅGORNA 5 – 19 BESVARAS ALLTID

12	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
13	Har omvårdnadsbidrag/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
14	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 dioptritalet mer än 6? Är du tveksam bifoga kopia av senaste glasögonreceptet.	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
15	Har eller misstänks barnet ha någon hörselskada eller hörseldefekt? 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?	
16	Har eller har barnet haft symtom/besvär som t ex luftrörsbesvär, allergi, hösnuva, 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	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
	Vilken behandling?	
	Under vilken tidsperiod (år/mån)? Om läkare anlitas, ange namn och adress	
17	Får eller har barnet det senaste året fått någon medicin? Om ja, lämna svar på nedanstående frågor.	
	Vilken medicin?	Under vilken tidsperiod (år/mån)?
	Av vilken anledning?	
	Receptskrivande läkare, namn och adress.	

Barnets personnummer

FRÅGORNA 5 – 19 BESVARAS ALLTID

18	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 _____	
19	Är barnet adopterat? Om ja, lämna svar på nedanstående frågor.	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
	Är adoptivbarnskontroll genomförd? Om ja, medför den ytterligare undersökningar/åtgärder, t ex remiss till annan undersökning?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
19	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 _____	

UNDERSKRIFT OM DU STRUKIT ÖVER/ÄNDRAT NÅGOT SVAR

Ändrat mig på fråga/frågor med nummer:	Vårdnadshavarens namnteckning
----------------------------------------	-------------------------------

INFORMATION OM BEHANDLING AV PERSONUPPGIFTER OCH SAMTYCKE FÖR BEHANDLING AV HÄLSOUPPGIFTER

Dina Försäkringar samlar in och behandlar sådana personuppgifter om dig som är nödvändiga för att vi ska kunna fullgöra det försäkringsavtal som vi har med dig, bedöma försäkringsansökningar, administrera försäkringsavtalet, utreda skadeärenden, upprätta försäkringsstatistik och bedriva produktutveckling. Uppgifterna sparas så länge som din försäkring kan återopas och behandlas i enlighet med dataskyddsförordningen och med hänsyn till den personliga integriteten.

Uppgifterna kan samlas in direkt från dig eller från andra bolag inom Dina Försäkringar och vi kan även komma att hämta in information från privata och offentliga register. Uppgifterna kan lämnas ut till andra bolag inom Dina Försäkringar, till återförsäkringsbolag, eller till andra företag som vi samarbetar med för att uppfylla våra åtaganden gentemot dig. Vi kan även komma att föra över uppgifterna till myndigheter om det följer av tillämplig lagstiftning.

Dina Försäkringar har ett dataskyddsbud som du kan kontakta om du till exempel vill veta vilka personuppgifter som vi har om dig och hur vi behandlar dem, om du vill rätta felaktiga uppgifter, portera/flytta dina uppgifter, eller om du vill meddela att dina personuppgifter inte ska användas för marknadsföring. Du kontaktar dataskyddsbudet via dataskyddsbud@dina.se.

Det är Dina Försäkring AB eller ditt lokala försäkringsbolag som är ansvarig för behandling av dina personuppgifter. Fullständig information om Dina Försäkringars hantering av personuppgifter finner du på www.dina.se/personuppgifter.

För att kunna teckna en barn- och ungdomsförsäkring behöver du som förälder eller annan vårdnadshavare/försörjare samtycka till att Dina Försäkringar behandlar personuppgifter om barnet som försäkringen gäller för. Dina Försäkring AB är personuppgiftsansvarig för personuppgiftsbehandlingen.

Samtycket avser de uppgifter om barnets hälsa och sjukdomshistorik som du lämnar i ansökan. Genom samtycket ger du oss tillåtelse att behandla personuppgifterna för att fullgöra våra åtaganden enligt ovan.

Du kan när som helst återkalla ditt samtycke. Det gör du genom att kontakta din handläggare. Ett återkallande av samtycke påverkar inte den rätt som Dina Försäkringar har haft att behandla uppgifterna så länge samtycket funnits.

Jag samtycker härmed till att Dina Försäkring AB behandlar personuppgifter inklusive hälsouppgifter om det barn som jag är förälder eller vårdnadshavare/försörjare till enligt ovan.

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.
Skicka ansökan till Dina Försäkring AB, Box 2372, 103 18 Stockholm.**