

HÄLSODEKLARATION - BARN

Utlandsplacerad personal

Hälsodeklaration för BARN (under 16 år) vid ansökan om personförsäkring

Blanketten kan fyllas i direkt på datorn, men ska sedan skrivas ut och skickas till

Europeiska ERV, Box 1, 172 13 SUNDBYBERG alt e-posta till: hd@erv.se. Glöm inte att underteckna hälsodeklarationen.

Företagets namn	Organisationsnummer	Försäkringsnummer
E-postadress till företaget/kontaktperson	Stationeringsort	
Kontraktstid (start- och slutdatum)	Stationeringsland	
Kontraktсанställds namn	Kontraktсанställds personnummer (år, mån, dag, nr)	

Uppgifter på den som skall försäkras

Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer	
Målsmans e-postadress	Medborgarskap	
<input type="checkbox"/> Flicka <input type="checkbox"/> Pojke	Längd i cm (utan skor)	Vikt i kg (utan kläder)

1. Besvaras alltid

A) Har något speciellt framkommit vid kontroll på barnvårdscentral eller skolhälsovård under de senaste 5 åren (hit räknas även remiss till särskild undersökning)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
B) Har sökanden (barnet) under de senaste 5 åren, förutom kontroll på barnvårdscentral eller i skolhälsovård vårdats, behandlats eller undersökts på sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning eller i övrigt av läkare eller annan sjukvårdspersonal?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
C) Kontrolleras eller behandlas sökanden (barnet) för någon sjukdom eller skada, för försenad utveckling eller något handikapp?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

2. Besvaras endast om sökanden (barnet) är under 4 år

A) Barnets födelsevikt _____ gram	
B) Förekom några komplikationer i samband med graviditeten eller förlossningen eller under barnets första levnadsmånad? Hit räknas även förlossning med kejsarsnitt och annan icke spontan förlossning.	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

3. Besvaras endast om sökanden (barnet) fyllt 4, men inte 8 år

A) Barnets födelsevikt _____ gram	
B) Har sökanden (barnet) genomgått 4-årskontroll på barnvårdscentral eller jämförbar allsidig hos barnläkare i Sverige?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
När?	Var? Resultat?

Om någon av frågorna 1. A-C har besvarats med Ja, lämna kompletterande information nedan.
Samtliga sjukdomar, skador, handikapp och undersökningar ska anges.

Sjukdom/skada/handikapp 1:
Sjukdom/skada/handikapp 2:
Sjukdom/skada/handikapp 3:
Sjukdom/skada/handikapp 4:
Under vilka tider var barnet sjuk?	Diagnos 1: Diagnos 2: Diagnos 3: Diagnos 4:
När undersöktes, kontrollerades eller behandlades barnet?	Diagnos 1: Diagnos 2: Diagnos 3: Diagnos 4:
Vilken läkare, barnvårdscentral eller sjukvårdsinrättning anlätades?	Diagnos 1: Diagnos 2: Diagnos 3: Diagnos 4:
Vilken behandling har barnet genomgått?	Diagnos 1: Diagnos 2: Diagnos 3: Diagnos 4:
Har barnet kvarstående men eller besvär?	Diagnos 1: Diagnos 2: Diagnos 3: Diagnos 4:

D) Får sökanden (barnet) något receptbelagt läkemedel?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Vilket läkemedel och vilken dos?		
Av vilken anledning?		
E) Har sökanden (barnet) eller misstänks sökanden ha något fel på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp (inkl. förståndshandikapp eller utvecklingsstörning), annat kroppsfel eller sjukdom?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Vilken eller vilka?		
<small>Vid försenad talutveckling, syn- eller hörsselfel, ange felets art och grad samt ange vid syn- eller hörsselfel om det är ensidigt eller dubbelsidigt. Vid närsynthet, ange dioptrital. Är du tveksam, bifoga kopia av senaste ögonreceptet.</small>		
F) Har sökanden (barnet) fått vårdbidrag från allmän försäkring eller har sådant sökts eller uppbär sökanden (barnet) sjukpenning, sjukbidrag, förtidspension, handikappersättning eller livränta?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om "Ja", av vilken anledning och för vilken tid?		
G) Avviker sökanden (barnet) på något sätt fysiskt eller psykiskt från jämnåriga barn i allmänhet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
<small>T ex före skollådern erhålligt särskilt stöd i utvecklingen eller under skoltiden haft särskilt anpassad utbildning (t ex gått i särskola) eller fått skolgången uppskjuten eller efter skolgången fått särskilt anpassat arbete (t ex lättare eller skyddat arbete) eller lönebidragsanställning.</small>		
På vilket sätt?		

Underskrift av vårdnadshavaren för den som skall försäkras

De uppgifter som jag lämnat här ovan skall ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig eller medföra att rätten till ersättning sätts ned eller uteblir. Europeiska ERV är personuppgiftsansvarig enligt dataskyddsförordningen (GDPR) för behandling av personuppgifter. Jag samtycker till att Europeiska ERV kan komma att inhämta eller lämna ut mina hälsouppgifter till tredje part vid hantering av mitt skadeärende eller vid behov av hjälp vid min resa. Vidare samtycker jag till att Europeiska ERV sparar mina hälsouppgifter så länge det är nödvändigt enligt lag eller försäkringsvillkor.

Datum (år, mån, dag)	Telefon dagtid till vårdnadshavare
Vårdnadshavarens namnteckning	Barnets personnummer (år, mån, dag, nr)