

Forts. Besvaras vid olycksfall

När anlätades läkare?		Datum (ÅÅ-MM-DD)	
Läkarens namn och adress			
Vilken läkare behandlar barnet nu? Läkarens namn och adress			
Har barnet varit intaget för sluten vård på sjukhus? (Bif. intyg från vårdavdelningen vid vård i mer än 3 dagar)		Fr.o.m. (ÅÅ-MM-DD)	T.o.m. (ÅÅ-MM-DD)
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Befaras framtida invaliditet?	Är behandlingen avslutad?	Fr.o.m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? När och på vilket sätt?			
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Anlätades läkare då?	Vilken läkare samt ev. sjukhus (namn och adress)		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			

6. Besvaras vid tandskada OBS! Intyg från tandläkare behövs INTE för försäkringsbolagets bedömning

Kryssa för och markera på bilden vilka tänder som blivit skadade

Höger sida

Kindtänder

Överkäke

Vänster sida

Kindtänder

Underkäke

Mjölktänder

Permanenta tänder

7. Besvaras vid sjukdom

Sjukdomens namn			
När märktes de första symtomen?		Datum (ÅÅ-MM-DD)	
När anlätades läkare första gången för nu anmäld sjukdom?		Datum (ÅÅ-MM-DD)	
Läkarens namn och adress			
Har barnet varit intaget för sluten vård på sjukhus? (Bif. intyg från vårdavdelningen vid vård i mer än 3 dagar)		Fr.o.m. (ÅÅ-MM-DD)	T.o.m. (ÅÅ-MM-DD)
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Vilken barnvårdscentral tillhör/tillhörde barnet?			
Har barnet tidigare lidit av liknande sjukdom?		När?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Anlätades läkare då?			
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Vilken läkare samt ev. vilket sjukhus (namn och ort)			
Vilken läkare behandlar barnet nu? Läkarens namn och adress			
Hur är barnets nuvarande hälsotillstånd?		Datum (ÅÅ-MM-DD)	
<input type="checkbox"/> Ej återställd <input type="checkbox"/> Återställd sedan			

Signatur

Forts. Besvaras vid sjukdom

Har vårdbidrag från allmän försäkring utbetalats eller sökts?		När?	
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		
Hur stort vårdbidrag beviljades?		Fr.o.m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)	T.o.m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)
<input type="checkbox"/> 1/1	<input type="checkbox"/> 3/4	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 1/4
Är barnet ett adoptivbarn från annat land?		Varifrån?	När kom barnet till Sverige? (ÅÅÅÅ-MM-DD)
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		

8. Övrigt

Finns försäkring i annat bolag?	Vilket?	Försäkring nr
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Har skadan anmälts dit?		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		

9. Underskrift (om anmälan avser omyndigt barn, underskrift av gruppmedlem)

Jag förklarar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.		
Jag medger att läkare, sjukhus, annan vårdanstalt eller försäkringsinrättning (inkl. allmän försäkringskassa) får lämna försäkringsbolaget de upplysningar om mitt nuvarande och framtida hälsotillstånd som Skandia anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk.		
Försäkrat barns namn	Personnummer	
Ort	Namnsteckning	Namnförtydligande
Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)		
Telefon arbetet (inkl. riktnummer)	Telefon bostaden (inkl. riktnummer)	E-postadress

10. Gruppföreträdarens uppgifter vid självadministrerade avtal

För självadministrerade avtal ska nedanstående frågor besvaras av företrädaren för gruppen (besvaras inte av den försäkrade). Uppgifterna ska avse försäkringens omfattning vid skadetillfället.		
<input type="checkbox"/> När anslöts barnet till Barnförsäkring (olycksfall och sjuk)?	Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	
<input type="checkbox"/> När anslöts barnet till Barnolycksfall?	Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	
<input type="checkbox"/> När anslöts barnet till Barnsjuk?	Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	
Invaliditetskapital	Var premien betald vid skadetillfället?	Premien betald till (ÅÅÅÅ-MM-DD)
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Gruppföreträdarens underskrift		
Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)		