

- Ansökan om ny försäkring  
 Höjning av försäkringsbelopp

Samtliga frågor besvaras även vid höjning av försäkringsbelopp.

Ankomstdatum

Kan sökas direkt barnet är utskrivet från BB eller annan vård t.o.m. dagen innan barnet fyller 18 år.  
Var noga med att skriva inom fälten, eftersom blanketten skannas in.

Barnets namn (efternamn, förnamn)		Försäkringsnummer
Förälder eller annan vårdnadshavare (efternamn, förnamn)		Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NNNN)
Gatuadress		Telefonnr dagtid, bostad även riktnr
Postnr	Postadress	Telefonnr dagtid, arbete även riktnr
E-postadress		

## Välj försäkringsbelopp fyll i alternativ 1 eller 2

Alternativ 1 (välj ett av beloppen)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Försäkringsbelopp vid invaliditet	2400 000 kr	1800 000 kr	1200 000 kr
- Vårdbidrag & Arbetsoförmåga	9500 kr/mån	9500 kr/mån	9500 kr/mån
- Sjukhusvistelse	600 kr/dag	600 kr/dag	600 kr/dag

Alternativ 2 (om du önskar samma försäkringsbelopp som syskon)

Fylls i av vårdnadshavare	Syskonets personnummer (ÅÅMMDD-NNNN)	
Försäkringsbelopp vid invaliditet lika som syskon, ange personnummer		
Fylls i av Trygg-Hansa		
Försäkringsbelopp vid invaliditet (kr)	Vårdbidrag & Arbetsoförmåga (kr/månad)	Sjukhusvistelse (kr/dag)

## Hur vill du betala premien?

För pappersfaktura tillkommer en fakturaavgift.

<input type="checkbox"/> Helår, faktura	<input type="checkbox"/> Halvår, faktura	7 0 1
<input type="checkbox"/> Helår, autogiro	<input type="checkbox"/> Månad, autogiro	
<input type="checkbox"/> Jag har Trygg-Hansakonto, nr:		
<input type="checkbox"/> Jag medger att Trygg-Hansa automatiskt får föra över betalningarna från mitt konto.		
Bank	Clearingnummer (4 siffror)	Kontonummer
Kontohavarens personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NNNN)	Kontohavarens underskrift	

## Säljarens upplysningar

Önskar kunden framflyttad begynnelse dag?	Säljkod
ÅÅMMDD	
Årsförfallomån	Säljarens namn: .....



<p>8. Har eller har barnet haft symtom som t ex luftrörsbesvär, allergi, hösnuva, födoämnesproblem, eksem (även böjveckseksem), torr hud, hudförändring eller andra hudbesvär?</p> <p>Om ja, symtom .....</p> <p>fr o m: ..... t o m: .....</p> <p>Får eller har barnet rekommenderats/ordinerats medicin eller salva?</p> <p>Om ja, vilken .....</p> <p>fr o m: ..... t o m: .....</p> <p>om läkare anlitats, namn och adress .....</p>	<p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>
<p>9. Har eller misstänks barnet ha något synfel?</p> <p>Om ja, vilket synfel? .....</p> <p>Var har ni sökt för detta? Ange vårdinrättning och adress .....</p> <p>.....</p> <p>Vid närsynthet: Är dioptriet mer än -8,0? Är du tveksam, bifoga kopia av det senaste glasögonreceptet.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>
<p>10. Har eller misstänks barnet ha något hörsselfel?</p> <p>Om ja, vilket hörsselfel? .....</p> <p>Var har ni sökt för detta? Ange vårdinrättning och adress .....</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>
<p>11. Har du (ni) sökt och/eller fått vårdbidrag från Försäkringskassan för barnet?</p> <p>Om ja, anledning och för vilken tid .....</p>	<p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>
<p>12. Avviker barnet på något sätt från jämnåriga barn i allmänhet, t ex före skolåldern fått särskilt stöd i sin utveckling? Har skolgången uppskjutits eller har barnet fått särskilt anpassad utbildning (t ex särskola)?</p> <p>Om ja, på vilket sätt .....</p>	<p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>
<p>13. Är barnet fött utomlands?</p> <p>Om ja, i vilket land? .....</p> <p>När kom barnet till Sverige? Datum .....</p> <p>Är barnet adopterat?</p> <p>Ange var adoptivbarnskontrollen är utförd ..... Datum: .....</p> <p>Ange fullständig adress med postnummer där kontrollen är utförd .....</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>
<p>14. Planerar familjen att vistas utanför Norden längre tid än ett år?</p> <p>Avser vistelsen UD-tjänstgöring?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>
<p>15. Har du eller någon annan tidigare ansökt om TryggaBarn för detta barn?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>
<p>16. Har du eller någon annan tidigare anmält någon personskada på detta barn till Trygg-Hansa?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>

**Om du svarat JA på någon fråga kan vi ibland behöva mer information. Då kan vi skicka frågor till dig, eller be om din fullmakt att beställa ditt barns journaler.**

