

**ALANDIAS BARNFÖRSÄKRING
 ANSÖKAN**
DEN FÖRSÄKRADE

Efternamn _____ Personbeteckning _____

Samtliga förnamn _____

Adress _____

Postnummer och ort _____

FÖRSÄKRINGSTAGARE

Efternamn _____ Personbeteckning _____

Förnamn _____ Telefon hem _____

Adress _____ Mobiltelefon _____

Postnr. och ort _____ Telefon arb. _____

E-post adress _____

Ansöker om Olycksfalls- och sjukkostnadsförsäkring / Basförsäkring Olycksfalls- och sjukkostnadsförsäkring / Utvidgad försäkring Olycksfallsförsäkring Årspremie € _____ en rat två rater fyra rater

Förmånstagare: ANHÖRIGA om ej annat meddelas skriftligen.

FÖRSÄKRINGSAVTALETS I KRAFTTRÄDANDE. Försäkringsavtalet träder i kraft från det att försäkringsbrevet sänds till kunden, om inte annat datum särskilt meddelas.

Annan önskad tidpunkt: _____

Alandias representant _____

VÄND →

HÄLSODEKLARATION

Försäkringsavtalet grundar sig på de uppgifter som ges i denna hälsodeklaration. Därför är det av största vikt att varje fråga besvaras. Sökanden är ansvarig även för svar, som i hennes/hans ställe skrivits av någon annan. Vid felaktigt eller bristfälligt svar, kan följden bli att Alandias ansvar begränsas enligt försäkringsavtalslagen. Svaren behandlas konfidentiellt.

- | | | | |
|---|--|---|--|
| 1. Barnets nuvarande längd _____ cm
vikt _____ kg | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> | 8. Har barnet under de senaste två åren på grund av sjukdom eller symptom undersökts eller vårdats av läkare? | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| 2. Har barnet sjukdom, lyte eller skada som kräver uppföljning eller regelbunden vård? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 9. Har barnet under de senaste två åren undersökts eller vårdats av psykolog eller gått i familjerådgivning? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. Har barnet nedsatt syn eller skelning? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 10. Har barnet under de senaste två åren haft öroninflammation? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4a. Har det i samband med undersökning på rådgivning eller vid skolans hälsoundersökning framkommit något avvikande från det normala? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | TILLÄGGSFRÅGOR FÖR BARN UNDER 5 ÅR | |
| b. Har tilläggsundersökning rekommenderats? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 5. Har barnet haft allergi som uppträtt som andfåddhet, hosta, snuva, eksem, magbesvär eller andra symptom? (Var god understrecka symptom som uppträtt) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 11. Framgick det någonting avvikande från det normala hos barnet på förlossningsanstalten? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6. Har barnet haft hudsjukdom eller torr hud som krävt vård? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 12. Var barnet genast efter födseln under specialvård? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. Har barnet under de senaste två åren undersökts eller vårdats på sjukhus eller vårdanstalt? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 13. Vilken var barnets födelsevikt?
_____g | |

OM NÅGON AV FRÅGORNA 1-12 BESVARATS MED ETT JA BER VI ER Fylla I Nedanstående Tilläggsutredning

Fråga nr	Symptom, sjukdom, men eller skada	Tidpunkt för undersökning eller sjukdom	Läkarens namn	Undersöknings- eller vårdinrättning

FULLMAKT OCH UNDERSKRIFT

Jag ger mitt samtycke till att läkare, sjukhus, hälsovårdcentraler, rådgivningsbyråer, enheter för företagshälsovård, mentalvårdsbyråer och privata sjukvårdsinrättningar, som undersökt och vårdat mig eller mitt barn, samt andra försäkringsbolag och försäkrings- och pensionsanstalter utlämnar nödvändiga personuppgifter, som berör min eller mitt barns hälsotillstånd åt Förs.Ab Alandia för behandling av denna ansökan och eventuella ersättningsärenden. För att få de uppgifter som behövs, kan Förs.Ab Alandia överlåta detaljerade uppgifter, som berör mitt eller mitt barns hälsotillstånd och mitt barns försäkring åt ovannämnda inrättningar. Vid förfrågningar från Folkpensionsanstalten gäller mitt samtycke endast uppgifter som behövs för behandling av ersättningsärenden.

Jag ger ovannämnda bifall och försäkrar att de uppgifter jag här givit är riktiga

Datum _____ Försäkringstagarens underskrift _____

Jag har fått följande uppgifter om försäkringen

- broschyr försäkringsvillkor _____
 önskar inte ovannämnda uppgifter