

Ömsen Hälsa

ANSÖKAN RESERVERINGSFÖRSÄKRING FÖR OFÖDDA

Ankomstdatum _____

Försäkringen tecknas för ofödda barn, försäkringen ska tecknas och vara betald senast före förlossning. Den blivande mamman ska vara 45 år eller yngre vid barnets födelse.

MODERN

Namn	Personbeteckning
Adress	
E-postadress	Tel./mobil

	Ja	Nej	
Är du fullt frisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om nej, fyll i tilläggsuppgifter.
Har din graviditet fortgått normalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om nej, fyll i tilläggsuppgifter.
Har strukturell ultraljudsundersökning gjorts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har fostervattenprov tagits?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har Kub eller NIPT test gjorts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, bifoga undersökningsresultat.
Har andra undersökningar gjorts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vilka undersökningar. Bifoga undersökningsresultat:
Bifoga kopia av moderskapskortets samtliga sidor + eventuella övriga resultat.			

DEN FÖRSÄKRADE

Beräknad födelsetid

Försäkringsbolagets ansvar börjar från barnets födelse, förutsatt att reservationspremien betalas senast på förfalldagen.

FÖRMÅNSTAGARE

Ersättning för sjukvårdskostnader	<input type="checkbox"/> Den försäkrade
Dödfallssumma vid olycksfall	<input type="checkbox"/> Anhöriga
Bestående men vid olycksfall	<input type="checkbox"/> Den försäkrade

JAG HAR FÅTT FÖRKÖPSINFORMATION OM FÖRSÄKRINGEN

<input type="checkbox"/> Produktfaktablad	<input type="checkbox"/> Försäkringsvillkor	<input type="checkbox"/> Muntlig information	<input type="checkbox"/> Önskar inte nämnda uppgifter
---	---	--	---

TILLÄGGSUPPGIFTER

FULLMAKT OCH UNDERSKRIFT

Jag ger mitt samtycke till att läkare, sjukhus, hälsovårdscentraler, rådgivningsbyråer, enheter för företagshälsovård, mentalvårdsbyråer och privata sjukvårdsinrättningar, som undersökt och vårdat mig/mitt barn, samt andra försäkringsbolag och försäkrings- och pensionsanstalter utlämnar nödvändiga uppgifter som berör mitt/mitt barns hälsotillstånd till Ålands Ömsesidiga Försäkringsbolag för behandling av denna ansökan och eventuella ersättningsärenden. För att få de uppgifter som behövs, kan försäkringsbolaget överlåta detaljerade uppgifter som berör mitt/mitt barns hälsotillstånd och försäkring åt ovannämnda inrättningar. Vid förfrågningar från Folkpensionsanstalten gäller mitt bifall endast uppgifter som behövs för behandling av ersättningsärenden.	Jag ger ovannämnda samtycke och försäkrar att de uppgifter jag uppgett är riktiga _____ Ort och datum _____ Moderns namnteckning
--	--