

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 förfallodagen.

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 |
|--|--|