

Representant _____

Försäkringsnummer _____

Kundnummer _____

FÖRSÄKRINGSTAGARE

Namn	Personbeteckning
Adress	
E-postadress	Tel./mobil

DEN FÖRSÄKRADE (om annan än försäkringstagaren)

Namn	Personbeteckning
Adress	

FÖRSÄKRINGSALTERNATIV

Alternativ	Värdkostnad	Invaliditet	Dödsfall	Självrisk	Privat vård	Tävlingsidrott	Årspremie
<input type="checkbox"/> Barn 0–17 år	10.000€	45.000€	5.000€	0€	<input type="checkbox"/> Tillval, 40€/år	Ersätts	_____
<input type="checkbox"/> Alt 1. Vuxen 18–69 år	10.000€	25.000€	8.500€	0€	Ersätts	<input type="checkbox"/> Tillval, 45€/år	_____
<input type="checkbox"/> Alt 2. Vuxen 18–69 år	10.000€	100.000€	8.500€	0€	Ersätts	<input type="checkbox"/> Tillval, 45€/år	_____
<input type="checkbox"/> Alt 3. Vuxen 18–69 år	10.000€	200.000€	8.500€	0€	Ersätts	<input type="checkbox"/> Tillval, 45€/år	_____
<input type="checkbox"/> Senior 70–100 år	3.000€	17.000€	3.000€	0€	Ersätts	Ej valbart	_____

FÖRMÅNSTAGARE VID DÖDSFALL PÅ GRUND AV OLYCKA (de anhöriga, om ej annat antecknas)

Namn	Personbeteckning
Namn	Personbeteckning

Försäkringen börjar	Huvudförfallodag	Rater
---------------------	------------------	-------

HÄLSODEKLARATION Mellan 1.11-31.12.2018 behöver du inte fylla i hälsodeklarationen nedan. Gå direkt vidare till Fullmakt och Underskrift.

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

- | | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------|
| 1. Har den försäkrade under de senaste två åren fått vård för sjukdom, men, skada eller annat symptom? | Ja
<input type="checkbox"/> | Nej
<input type="checkbox"/> |
| 2. Begränsas den försäkrades rörlighet av någon sjukdom, defekt eller skada eller har du fått bestående men på grund av olycksfall? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

TILLÄGGSUTREDNING Om någon av ovanstående frågor besvarats med ett "ja" ber vi dig fylla i tilläggsutredningen.

Ovanstående fråga nr	Symptom, sjukdom, lyte och men eller skada?	Tidpunkt för undersökning eller sjukdom?	Resultat av vården? Tillfrisknade ni fullständigt?	Namnet på läkaren som undersökt eller vårdat er samt namnet på vårdinrättningen

FULLMAKT OCH UNDERSKRIFT

Jag ger mitt bifall till att läkare, sjukhus, hälsovårdscentraler, rådgivningsbyråer, enheter för företagshälsövård, mentalvårdsbyråer och privata sjukvårdsanstalter, som undersökt och vårdat mig, samt försäkringsbolag och försäkrings- och pensionsanstalter utlämnar nödvändiga uppgifter som berör mitt hälsotillstånd till Ålands Ömsesidiga Försäkringsbolag för behandling av denna ansökan och eventuella ersättningsärenden.

Ort och datum _____

Namnteckning _____