

	Päivämäärä	Sopimusnumero	
VAKUUTUKSEN- OTTAJA	Vakuutusnottajan nimi		Henkilötunnus
	Lähiosoite	Postinumero ja -toimipaikka	Puhelin
SÄHKÖPOSTI- OSOITE	Merkittävä rasti, jos haluatte Tapiolan käyttävän sähköpostia tiedonvälitykseen. Tarvitsemme suostumuksenne, koska sähköpostiyhteys Teidän ja Tapiolan välillä on suojaamaton.		
	<input type="checkbox"/> Annan suostumukseni siihen, että Tapiola voi lähettää minulle tarvittaessa henkilövahinkoani koskevia tietoja sähköpostitse.	Sähköpostiosoite	
VAKUUTETTAVA	<b>Syntyvä lapsi</b>		
ÄIDIN TIEDOT	Äidin nimi		Henkilötunnus
	Lähiosoite	Postinumero ja -toimipaikka	Puhelin

Lapsivakuutuksen varausta voidaan hakea, kun raskaus on todettu. Lapsivakuutuksen varaushakemuksen on oltava liitteineen Tapiolassa viimeistään 3 kk ennen lapsen laskettua syntymäaikaa. Lisäksi äidin on oltava alle 40-vuotias lapsen laskettuna syntymäaikana ja kuuluttava koko raskausajan suomalaisen neuvolajärjestelmän piiriin. Lapsivakuutuksen myöntö edellyttää voimassa olevaa koti- tai maatilavakuutusta Tapiolassa.

### ÄITI TÄYTTÄÄ

**Luottamuksellinen**

<p>1. Sikiöiden lukumäärä? _____ <b>Jos sikiöitä on enemmän kuin kaksi (2), varausta ei voida myöntää.</b></p> <p>2. Mikä on lapsen laskettu syntymäaika? _____ (pp.kk.vvvv)</p> <p>3. Mikä on a) pituutenne? _____ cm b) painonne ennen raskautta (ensimmäinen punnitus neuvolassa) _____ kg</p> <p>4. Onko Teillä HIV-tartunta? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei</p> <p>5. Oletteko ollut alkoholin tai huumaavien aineiden käytön vuoksi hoidettavana tai onko Teitä tästä syystä kehoitettu hoitoon viimeksi kuluneen viiden (5) vuoden aikana? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei</p> <p>6. a) Onko lapsivesitutkimus (lapsivesipunktio) tai istukkabiopsia tehty? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei b) Jos vastasitte kyllä, oliko tulos normaali? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei</p> <p><b>Mikäli vastaus joihinkin seuraavista kysymyksistä 7 - 13 on kyllä, varausvakuutuksen ratkaisemiseksi tarvitaan aina lisätietoja ja hakemuksen mukaan tulee liittää äitiyskortti.</b></p> <p>7. Jos ultraäänitutkimus on tehty, havaittiinko siinä jotain poikkeavaa tai kehoitettiin Teitä jatkotutkimuksiin tai kontrolliin? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Ultraäänitutkimusta ei ole tehty <input type="checkbox"/> (rasti ruutuun)</p> <p>8. Onko Teillä ollut raskausaikana tutkimus-, hoito- tai seurantakäyntejä <b>mualla kuin neuvolassa muusta syystä</b> kuin ultraäänitutkimuksesta tai lapsivesitutkimuksesta taikka istukkabiopsiasta johtuen tai oletteko saanut lähetteen tällaiseen käyntiin? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei</p> <p><b>Jos vastauksenne on kyllä, ilmoittakaa myös miksi, milloin ja missä nämä käynnit olivat tai lähete annettiin:</b> _____ _____</p> <p style="text-align: right;">jatkaa tarvittaessa kääntöpuolelle</p>	<p>9. Käyttökö tai oletteko tämän raskauden aikana käyttänyt jotain lääkärin määräämää lääkettä? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <b>Jos vastauksenne on kyllä, ilmoittakaa myös lääkkeen nimi ja annostus:</b> _____ _____</p> <p>10. Onko Teillä tämän raskauden aikana mitattu kohonneita verenpainearvoja? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei</p> <p>11. Onko Teillä - sokeritauti (diabetes)? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei - epilepsia? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei - verenpainetauti? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei - maksatulehdus (hepatiitti) tai muu maksasairaus? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei</p> <p>12. Onko Teillä sairauden, vian tai vamman aiheuttama pysyvä haitta? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <b>Jos vastauksenne on kyllä, ilmoittakaa myös mikä pysyvä haitta Teillä on:</b> _____ _____</p> <p>13. Onko Teillä edellisen raskauden aikana epäilty tai todettu raskausmyrkytys? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei En ole ollut aikaisemmin raskaana <input type="checkbox"/> (rasti ruutuun)</p>
---	--

EDUNSAAJA	Edunsaaja kuolemantapauksessa <input type="checkbox"/> Omaiset <input type="checkbox"/> Muu edunsaaja; nimi ja henkilötunnus		
OMAVASTUU	<input type="checkbox"/> 100 euroa		
ALLEKIRJOITUS	SUOSTUMUS Suostun siihen, että Tapiola ilmoittaa vakuutusnottajalle terveydentilastani mahdollisesti johtuvat rajoitusehdot tai jos vakuutusta ei voida myöntää.		
	VALTUUTUS Suostun siihen, että minua ja/tai lastani tutkineet ja hoitaneet lääkärit, sairaalat, terveyskeskukset, neuvolat, työterveyshuollon yksiköt, mielenterveystoimistot ja yksityiset sairaanhoitlaitokset sekä toiset vakuutusyhtiöt ja vakuutus- ja eläkelaitokset antavat tämän hakemuksen ja mahdollisen korvausasian käsittelemiseksi minua ja/tai lapseni terveydentilaa koskevia tietoja Keskinäinen Vakuutusyhtiö Tapiolalle. Tarvittavien tietojen hankkimiseksi Keskinäinen Vakuutusyhtiö Tapiola voi luovuttaa edellä mainituille tahoille terveydentilaani ja vakuutustani koskevia yksilöityjä tietoja. Kansaneläkelaitoksessa olevien tietojen osalta suostumukseni koskee vain korvausasian käsittelemiseksi tarvittavia tietoja. <b>Annän ylläolevan suostumukseni ja valtuutukseni sekä vakuutan antamani tiedot oikeiksi.</b>		
	Olen saanut Lapsivakuutuksen <input type="checkbox"/> vakuutusehdot <input type="checkbox"/> tuoteselosteen		
	Paikka ja aika	Äidin allekirjoitus	Vakuutusnottajan allekirjoitus
MYyntitiedot	Myyjätunnus	Myyjän nimi	Hakemus jätetty myyjälle/toimistoon Pvm klo

**Tapiola maksaa  
postimaksun**

**Tapiola betalar  
portot**

**TAPIOLA-RYHMÄ  
Henki- ja sairauskuluvakuutuspalvelut  
PK2 3F  
Info: netti  
Tunnus 5007453  
00003 VASTAUSLÄHETYS**