

EDUNSAAJA	Edunsaaja kuolemantapauksessa (ellei omaiset)		Henkilötunnus	
	Lähiosoite		Postinumero	Postitoimipaikka
VAKUUTUKSEN VOIMAANTULO	Alkamispäivä	Vakuutus sopimus tulee voimaan vakuutushakemukseen merkittynä ajankohtana, kuitenkin aikaisintaan,		
OMAVASTUU	<input type="checkbox"/> 100 euroa			
VAKUUTUS-MAKSU	Vakuutusmaksu	Vakuutusmaksu maksetaan		
		<input type="checkbox"/> yhtenä eränä	<input type="checkbox"/> kahtena eränä (korotus 2,5 %)	<input type="checkbox"/> kolmena eränä (korotus 3 %)
ALLEKIRJOITUS	<p>Ilmoitan suostuvani siihen, että lastani tutkineet ja hoitaneet lääkärit, sairaalat, terveystieteelliset neuvolat, työterveyshuollon yksiköt, mielenterveystoimistot ja yksityiset sairaanhoitolaitokset sekä toiset vakuutusyhtiöt ja vakuutus- ja eläkelaitokset antavat tämän hakemuksen ja mahdollisen korvausasian käsittelemistä varten tarvittavia lapseni terveydentilaa koskevia tietoja Keskinäinen Vakuutusyhtiö Tapiolalle. Kansaneläkelaitoksessa olevien tietojen osalta suostumukseni koskee vain korvausasiain käsittelemiseksi tarvittavia tietoja.</p> <p>Annann ylläolevan suostumukseni ja vakuutan antamani tiedot oikeiksi.</p>			
	<input type="checkbox"/> Olen saanut Lapsivakuutusehdot/tuoteselosteen		<input type="checkbox"/> En ole saanut Lapsivakuutusehtoja/tuoteselostetta	
	Paikka ja aika			
	Vakuutusnottajan allekirjoitus			

MYYJÄN TIEDOT	Piiri	Myyjätunnus	Myyjän nimi	Vinkinantajann tunnus	Vinkinantajann nimi

**Tapiola maksaa
postimaksun**

**Tapiola betalar
portot**

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