

Terveysselvitys

GOUDA MATKAVAKUTUUS Malmin kauppatie 8 A 00700 Helsinki Puh. 0207 436 400, fax 0207 436 401			
Matkustajavakuutuksen lisähakemus Terveysselvitys yli 3 kk kestäville matkoille			
1. Lisävakuutuksen alkamispäivä	Lisävakuutuksen alkamispäivä:	pv kk vuosi	
	Kesto kuukausina:		
	Matkan kokonaiskesto: Matkan alkamisaika ja päättymisaika:	Matkakohde ja vakuutuksen numero:	
2. Vakuutettava	Nimi:		
	Henkilötunnus:	Täydellinen osoite:	
	Puhelin:		
3. Terveys selvitys <i>(Aikuisen)</i>	Onko teillä seurantaa tai hoitoa vaativa sairaus, vika tai vamma?	Ei	Kyllä
	Selvitys mikä, tarvittaessa liite:		
	Oletteko työkyvyttömyyseläkkeellä? <i>Jos olette työkyvyttömyyseläkkeellä liittääkää hakemukseen kopio B-lääkärilausunnosta</i>	Ei	Kyllä
	Onko teillä tai onko teillä ollut	Selvitys, ja tarvittaessa liite	
	Astma tai muu hengityssairaus?	Ei	Kyllä
	Sokeritauti? Alkamisajankohta, lääkitys?	Ei	Kyllä
	Sydän- tai verenkiertoelinten sairaus tai korkea verenpaine?	Ei	Kyllä
	Syöpä tai muu pahanlaatuinen kasvain tai veritauti?	Ei	Kyllä
	Hoitoa vaativa tai vaatinut mielenterveysongelma?	Ei	Kyllä
	Suostun siihen, että minua tutkineet ja hoitaneet lääkärit, sairaalat, terveyskeskukset, neuvolat, työterveyshuollon yksiköt, mielenterveystoimistot ja yksityiset sairaanhoitolaitokset sekä toiset vakuutus- ja eläkelaitokset antavat tämän hakemuksen ja mahdollisen korvausasian käsittelyä varten tarvittavia terveydentilaani koskevia tietoja Goudalle. Päiväys ja vakuutettavan allekirjoitus, nimenselvennys		

4. Terveys selvitys (alle 18 v)	Onko teillä seurantaa tai hoitoa vaativa sairaus, vika tai vamma?	Ei	Kyllä	
	Selvitys mikä, tarvittaessa liite			
	Oletteko työkyvyttömyyseläkkeellä ? <i>Jos olette työkyvyttömyyseläkkeellä liittääkää hakemukseen kopio B-lääkärilausunnosta</i>	Ei	Kyllä	
	Astma tai muu hengityssairaus?	Ei	Kyllä	
	Sokeritauti? Alkamisajankohta, lääkitys?	Ei	Kyllä	
	Sydän- tai verenkiertoelinten sairaus tai korkea verenpaine	Ei	Kyllä	
	Syöpä tai muu pahanlaatuinen kasvain tai veritauti?	Ei	Kyllä	
	Hoitoa vaativa tai vaatinut mielenterveysongelma?	Ei	Kyllä	
<p>Suostun siihen, että lastani tutkineet ja hoitaneet lääkärit, sairaalat, terveyskeskukset, neuvolat, työterveyshuollon yksiköt, mielenterveystoimistot ja yksityiset sairaanhoitolaitokset sekä toiset vakuutus- ja eläkelaitokset antavat tämän hakemuksen ja mahdollisen korvausasian käsittelyä varten tarvittavia terveydentilaani koskevia tietoja Goudalle.</p> <p>Päiväys ja huoltajan allekirjoitus, nimenselvennys</p>				
5. Allekirjoitukset	Paikka ja aika:			
	Antamani tiedot ovat oikeat. Vakuutuksenottajan allekirjoitus ja nimenselvenny:			
6. Goudan merkintöjä	Käsittelijä	Päiväys	Myönnetään	Hylätään
Gouda Matkavukuttus • Malmin Kauppatie 8A • 00700 Helsinki				