

Valtakirja terveydentilatietojen pyytämistä varten

Vakuutettu	Vakuutetun nimi	
	Henkilötunnus	
	Puhelinnumero	
	Lähiosoite	
	Postinumero ja toimipaikka	
Allekirjoitus	Ilmoitan suostuvani siihen, että minua tutkineet ja hoitaneet lääkärit, sairaalat, terveyskeskukset, neuvolat, työterveyshuollon yksiköt, mielenterveystoimistot ja yksityiset sairaanhoitolaitokset sekä toiset vakuutusyhtiöt ja vakuutus- ja eläkelaitokset antavat korvausasian käsittelemistä varten tarpeellisia terveydentilaani koskevia henkilötietoja vakuutusyhtiölle. Tarvittavien tietojen hankkimiseksi vakuutusyhtiö voi luovuttaa edellä mainituille tahoille terveydentilaani ja vakuutustani koskevia yksilöllisiä tietoja.	
	Paikka ja päivämäärä	
	Vakuutetun, hänen huoltajansa tai edunvalvojansa allekirjoitus.	