



Seurataanko sairauttasi? Jos, niin ilmoita seuraavan käynnin ajankohta.

Kuukausi/vuosi \_\_\_\_\_

Jos olet täysin tervehtynyt ja ilman oireita, ilmoita tervehtymisen ajankohta.

Kuukausi/vuosi \_\_\_\_\_

Jos et ole täysin tervehtynyt ja sinulla on vielä oireita, ilmoita mitä oireita sinulla vielä on.

Muita lisätietoja (esim. viimeisin verenpainelukema, jos sinulla on korkea verenpaine tai tapaturmaherkän harrastuksen nimi)

#### Huomioitavaa

SEB Life Internationalilla on oikeus irtisanoa vakuutus, jos:

- 1) vakuutuksenottaja tai vakuutettu on ennen vakuutuksen myöntämistä antanut vääriä tai puutteellisia tietoja tahallisesti tai huolimattomuudesta, jota ei voida pitää vähäisenä, ja SEB Life International oikean asianlaidan tuntien ei olisi myöntänyt vakuutusta;
- 2) vakuutuksenottaja tai vakuutettu on täyttäessään tiedonantovelvollisuuttaan menetellyt vilpillisesti,
- 3) vakuutettuun liittyvässä, vakuutuksenantajan vastuun arvioimisen kannalta merkityksellisessä seikassa on tapahtunut vahingonvaaraa lisäävä muutos ja SEB Life International ei olisi myöntänyt vakuutusta siinä tapauksessa, että vakuutettuun liittyvä seikka olisi ollut muutosta vastaava jo vakuutusta myönnettäessä.

SEB Life International saa irtisanoa henkilövakuutuksen myös, jos:

- 1) vakuutettu on tahallisesti aiheuttanut vakuutustapahtuman; tai 2) vakuutettu on vakuutustapahtuman jälkeen antanut vakuutuksenantajalle vilpillisesti vääriä tai puutteellisia tietoja, joilla on merkitystä vakuutuksenantajan vastuun arvioimisen kannalta.

Vakuutukselle sovellettava Sijoitusturva perustuu tässä hakemuksessa annettuihin tietoihin. Siksi on ehdottoman tärkeää, että jokaiseen kysymykseen vastataan huolellisesti ja oikein. Hakija on vastuussa vastauksista silloinkin, kun toinen kirjoittaa ne hänen puolestaan. Väärästä tai puutteellisesta tiedosta voi seurata, että SEB Life Internationalin vastuuta rajoitetaan vakuutussopimuslain mukaan.

#### Tietosuoja

Minä hyväksyn täten, että: (a) SEB Life International säilyttää, käsittelee ja käyttää tietoja ja henkilötietoja Tietoturvapoliitikassa mainitulla tavalla, ja että (b) henkilöt, joille tietoja on luovutettu, käsittelevät ja käyttävät kyseisiä tietoja ja henkilötietoja. Jos minä olen luovuttanut jotain tietoja tai henkilötietoja SEB Life Internationalille koskien muita osapuolia kuin minua, minä vakuutan, että olen (i) antanut heille kopion Tietoturvapoliitikasta, ja (ii) että minä täytän kaikki tietosuojavaatimukset, joita minuun kohdistuu. Jos allekirjoittanut osapuoli on yhtiö tai jokin muu yhteisö ("oikeushenkilö"), oikeushenkilön puolesta allekirjoittavan henkilön (allekirjoittavien henkilöiden) katsotaan täten vakuuttavan ja lupaavan, että hänellä tai heillä on asianmukaiset valtuudet tehdä niin ja siten sitoa ja velvoittaa kyseinen oikeushenkilö.

#### Vakuutetun allekirjoitus

**X**

Nimenselvennys

Paikka ja Päivämäärä

#### Suostumus

Minä, vakuutettu, vakuutan, että yllämainitut lausumat ovat parhaimman tietämykseni mukaan totta ja oikein. Ymmärrän, että tiedon antamatta jättäminen tai väärän tai valheellisen tiedon antaminen voi rajoittaa oikeuttani etuihin ja voi olla syy korvaushakemuksen hylkäämiseen.

Ymmärrän, ettei Sijoitusturva tule voimaan, ennen kuin SEB Life International on hyväksynyt hakemuksen. Mikäli minun, vakuutetun, terveydentilassa tapahtuu muutoksia tai haen lääketieteellistä neuvoa ennen kuin Sijoitusturva on tullut voimaan, ymmärrän, että minun tulee ilmoittaa SEB Life Internationalille olosuhteiden muutoksista, ja SEB Life Internationalilla on oikeus hylätä hakemus. Olen lukenut ja ymmärrän tiedonantovelvollisuuteni.

Ilmoitan suostuvani siihen, että minua tutkineet ja hoitaneet lääkärit, sairaalat, terveyskeskukset, neuvolat, työterveydenhuollon yksiköt mielenterveystoimistot ja yksityiset sairaanhoitolaitokset sekä toiset vakuutusyhtiöt ja eläkelaitokset antavat tämän hakemuksen ja mahdollisen korvaushakemuksen käsittelyä varten tarvittavia terveydentilaani koskevia tietoja SEB Life Internationalille. Suostun myös siihen, että minua koskevia tietoja voi hakea julkisista tietolähteistä. Tarvittavien tietojen hankkimiseksi SEB Life International voi luovuttaa edellä mainituille tahoille terveydentilaani ja vakuutustani koskevia yksilöityjä tietoja. Kansaneläkelaitoksen tiedoista suostumukseni koskee vain korvausasian käsittelemiseksi tarvittavia tietoja.

Annan täten suostumukseni: (a) SEB Life Internationalille säilyttää, käsitellä ja käyttää yllä olevaa tietoa Tietoturvapoliitikan, jonka olen lukenut ja ymmärtänyt, kuvailemalla tavalla; ja (b) sellaisten ihmisten käsitellä ja käyttää tietojani, joille ne annettiin.

Ymmärrän, että tällä dokumentilla olevalla sähköisellä allekirjoituksellani on sama lainvoimaisuus, kuin alkuperäisellä käsin kirjoitetulla allekirjoituksellani, ja vahvistan sillä suostumukseni sitoutua laillisesti vakuutusehtoihin.

#### Vakuutetun allekirjoitus

**X**

Nimenselvennys

Paikka ja Päivämäärä