

VÅRDNADSHAVARENS SAMTYCKE

Med denna blankett kan du/ni, i egenskap av vårdnadshavare för minderårig person, lämna samtycke till att den minderåriga, nedan försäkringstagaren, tecknar viss angiven försäkring i Ålands Ömsesidiga Försäkringsbolag, nedan Ömsen.

Samtycket innefattar rätt för Ömsen att behandla försäkringstagarens och vårdnadshavarens personuppgifter för att ingå och fullgöra försäkringsavtalet. Närmare information om Ömsens behandling av personuppgifter finns på www.omsen.ax.

Informationen kan på begäran även fås i skriftlig form genom att kontakta Ömsen på telefon 018-27 600 eller genom att besöka vårt kontor på Köpmansgatan 6, i Mariehamn.

Försäkringstagaren skall kunna styrka sin identitet i samband med att försäkring tecknas.

Kopior av vårdnadshavarens identitetshandling skall bifogas med samtycket. Identitet skall styrkas med sådan handling som Ömsen godkännt för identifiering.

FÖRSÄKRINGSTAGARE

Namn	Personnummer
Adress	Telefon
Faktureringsadress	E-post

VÅRDNADSHAVARE 1

Namn	Personnummer
Telefon	E-post

VÅRDNADSHAVARE 2

Namn	Personnummer
Telefon	E-post

Undertecknad vårdnadshavare samtycker härmed till att försäkringsavtal ingås mellan försäkringstagaren och Ömsen.

Samtycket avser rätt för försäkringstagaren att, i eget namn och med bindande verkan, teckna nedan angiven försäkring/angivna försäkringar i Ömsen, på villkor som framgår av försäkringsavtalet.

Ömsen har rätt att fakturera försäkringspremien till försäkringstagarens adress. Annan faktureringsadress kan anges i denna blankett.

Ömsen har rätt att behandla försäkringstagarens och vårdnadshavarens personuppgifter för att ingå och fullgöra försäkringsavtalet.

(Markera vilken försäkring/vilka försäkringar som samtycket avser)

- Hemförsäkring
- Fordonsförsäkring (lagstadgad försäkring och eventuell frivillig försäkring)
- fordon: _____

Djurförsäkring

Reseförsäkring

Försäkringsperiod

Försäkring tecknas att gälla tillsvidare.

Försäkring tecknas att gälla för bestämd tid:

____ / ____ 20____ - ____ / ____ 20____

Samtycket innefattar även rätt för försäkringstagaren att ta emot både muntlig och skriftlig förköpsinformation, att besluta om självriskens belopp och antal betalningsrater.

Jag/vi är medveten/medvetna om att eventuell rätt för försäkringstagaren att vidta andra åtgärder i försäkringen än att ingå försäkringsavtalet förutsätter separat samtycke från vårdnadshavare.

Övrigt: _____

UNDERSKRIFTER

_____	_____
Ort och datum	
_____	_____
Vårdnadshavarens underskrift och namnförtydligande	Vårdnadshavarens underskrift och namnförtydligande