

Korvausta haetaan Yksityistapaturmavakuutuksesta Matkustajavakuutuksesta Sairauskuluvaluutuksesta

Vakuutusnumero		Vakuutuksenottaja ellei sama kuin vahingoittunut	
HENKILÖ-TIEDOT	Vahingoittuneen täydellinen nimi		Henkilötunnus
	Osoite		Ammatti
	Postinumero	Postitoimipaikka	Puhelinnumero
	Korvauksensaaja		Korvauksensaajan henkilötunnus
	Osoite, jos muu kuin vahingoittuneella		Tilinumero
VAHINKO-TIEDOT	Tapaturma sattui tai sairaus ilmeni <input type="checkbox"/> työssä tai matkalla töihin/töistä <input type="checkbox"/> vapaa-aikana <input type="checkbox"/> liikenteessä <input type="checkbox"/> kilpaurheilussa <input type="checkbox"/> matkalla		
	Jos matkalla <input type="checkbox"/> lomamatkalla <input type="checkbox"/> työmatkalla		
	Vahinkopäivämäärä/sairausaika klo		Paikka
	Tarkka selostus vahingosta tai sairaustapauksesta		
	Vahingon tai sairauden laatu		
	Lääkärin/sairaalahoito alkoi	Sairaalahoito päättyi	Lääkärikeskus/sairaala
	Aikaisemmat oireet tai saman ruumiinosan vammautumiset, milloin ja millä tavalla?		
SELVITYS MATKASTA (matkustaja-vakuutus)	Matkan tarkoitus		Milloin matkan piti alkaa ja päättyä? -
	Matkanjärjestäjän nimi	Milloin matka todellisuudessa päättyi?	Milloin varasitte matkan?
	Onko matkanjärjestäjältä saatu hyvitystä peruuntuneesta matkasta? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, kuinka paljon? (todistus liitettävä mukaan)		Milloin peruitte matkan?
URHEILU-TAPATURMA	Oliko kyseessä urheiluliiton tai seuran ottelu tai sitä varten järjestetty harjoitus? <input type="checkbox"/> kyllä, liiton tai seuran nimi? <input type="checkbox"/> ei, mikä muu?		
	Oliko vahingoittunut tapaturman sattuessa alkoholin tai muun päihdyttävän aineen vaikutuksen alaisena? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		
ALKOHOLI	Oliko vahingoittunut tapaturman sattuessa alkoholin tai muun päihdyttävän aineen vaikutuksen alaisena? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		
POLIISI-TUTKINTA	Onko poliisitutkinta suoritettu? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Poliisilaitoksen nimi	
MUITA VAKUUTUKSIA	Onko vakuutetulla voimassa muita vastaavia vakuutuksia? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Vakuutusyhtiön nimi	
LIITTEET (katso ohjeet korvauksen hakemista varten)	<input type="checkbox"/> alkuperäinen Kelan korvauspäätös <input type="checkbox"/> alkuperäinen apteekkikuitti, määrä:		
	<input type="checkbox"/> matkaliput <input type="checkbox"/> muut sairauskulutusitteet alkuperäisinä, määrä: <input type="checkbox"/> lääkärinlausunto <input type="checkbox"/> lääkemääräys, määrä: <input type="checkbox"/> matkanjärjestäjän selvitys tai todistus <input type="checkbox"/> todistus matkan myöhästymisen tai keskeytymisen syystä <input type="checkbox"/> muu, mikä?		
ALLEKIRJOITUS	Vakuutusyhtiöihin kohdistuvan rikollisuuden torjumiseksi vakuutusyhtiö luovuttaa sille ilmoitettuja vahinkoja vakuutusyhtiöiden yhteiseen tietojärjestelmään, jolloin vakuutusyhtiö tarkistaa mitä vahinkoja muille vakuutusyhtiöille on ilmoitettu. Tietoja käytetään ainoastaan korvauskäsittelyn yhteydessä. (Ei koske sairauskuluvaluutusta)		
	Vakuutan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi. Sallin niiden lääkärin, sairaaloiden, Kansaneläkelaitoksen tai muiden laitosten tai henkilöiden, joilla on tietoja minusta ja terveydentilastani, antaa yhtiölle tämän hakemuksen käsittelemistä varten yhtiön tarpeelliseksi katsomat selvitykset. Paikka ja päiväys		
		Korvauksenhakijan allekirjoitus ja nimenselvitys	