



KORVAUSHAKEMUS

Vahinkonumero

Kansaneläkelaitoksen hyväksymä lomake nro 571-3 sv.

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| VAKUUTETTU | Vakuutetun suku- ja etunimet | | | |
| huoltaja täyttää | Henkilötunnus | Vakinainen asuinkunta | Huoltajan matkapuhelin | |
| | Lähiosoite | Puhelinnumero toimeen | | |
| | Postinumero | Postitoimipaikka | Vakuutusnumero SP0002732599 | |
| | | | | |
| KORVAUSTIEDOT | Onko aiheena kustannuksiin ollut liikennevahinko, työtapaturma tai ammattitauti? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä | | | |
| | Onko hakija ollut kustannusten syntyessä julkisessa sairaalassa/laitoshoidossa? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä | | Liitteiden lukumäärä | |
| | Sairausvakuustilain mukainen korvaus sairaanhoitokuluista halutaan maksettavaksi vakuutusyhtiön tilille? <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä | | | |
| ALLEKIRJOITUS huoltaja täyttää | Vakuutan, että tässä korvaushakemuksessa antamani tiedot ovat oikeita. Sallin niiden joilla on korvausasian käsittelyä varten tarpeellisia tietoja minusta ja terveydentilastani antaa näitä tietoja vakuutusyhtiölle. | | | |
| | Paikka ja päivämäärä | Vakuutetun tai hänen edustajansa allekirjoitus | | |
| VAKUUTUKSEN-OTTAJA/SEURA | Vakuutusnottajan (jos eri kuin vakuutettu) tai urheiluseuran nimi ja allekirjoitus. HOLLOLAN KUNTA | | | |
| AMMATTI | Mikä on ammattinne? | Työnantajan nimi | Eläkeläinen <input type="checkbox"/> Kotiäiti <input type="checkbox"/> | |
| | | | Opiskelija <input type="checkbox"/> Työtön <input type="checkbox"/> | |
| SELVITYS TAPATURMASTA TAI SAIRAUDESTA | Mikä vamma ja miten se syntyi? Sairaus tai sairauden oireet (tehdyn tutkimuksen ilmoittaminen ei riitä). Vastatessa voi käyttää kääntöpuolta. | | | |
| LISÄSELVITYS TAPATURMASTA/ SAIRAUDESTA | Tapaturman sattumisaika/sairauden alkamispäivä ____/____/____ klo | | Tapaturma sattui/sairaus alkoi <input type="checkbox"/> Kotimaassa, missä? <input type="checkbox"/> Ulkomailla, missä? | |
| | Lääkärin hoito alkoi ____/____/____ | Missä hoito alkoi? | Hoitava lääkäri/Sairaala/Terveyskeskus/Lääkäriasema ja osoite | |
| | Missä sairaalassa olitte? | | Milloin olitte sairaalassa? ____/____/____ - ____/____/____ | |
| | Vamma syntyi <input type="checkbox"/> Työssä tai työmatkalla <input type="checkbox"/> Vapaa-aikana <input type="checkbox"/> Urheilussa, missä? | | | |
| | <input type="checkbox"/> Liikenteessä <input type="checkbox"/> Koulumatkalla <input type="checkbox"/> Matkalla <input type="checkbox"/> Valmentajan valvonnassa harjoituksessa, seuran/liiton nimi: | | | |
| | <input type="checkbox"/> Koulussa/päiväkodissa, nimi: _____ | <input type="checkbox"/> Urheilukilpailussa | | |
| | Onko samoja vammoja/sairauksia ollut aikaisemmin? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei | Milloin? ____/____/____ - ____/____/____ | | |
| | Kuka hoitanut ja missä? | Milloin hoidettu? ____/____/____ - ____/____/____ | | |
| | SELVITYS MATKASTA (matkavakuutus) | Matkan tarkoitus (Liitä matkaliput tai vastaava selvitys) | | Milloin matkan piti alkaa ja päättyä? ____/____/____ - ____/____/____ |
| | | Matkan järjestäjän nimi | | Milloin matka todellisuudessa päättyi? ____/____/____ |
| Onko matkanjärjestäjältä saatu hyvitystä peruuntuneesta matkasta ja kuinka paljon (todistus liitettävä mukaan)? | | Milloin peruiitte matkan? ____/____/____ | | |
| ALKOHOLI POLIISITUTKINTA | Oliko vakuutettu vammoituessaan tai sairauden alkaessa alkoholin tai muun huumaavan aineen vaikutuksen alainen? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä %? | Onko poliisitutkinta pidetty? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä | Polisi tai nimismiespiiri | |
| HOITON LIITTYVÄT MATKAKULUT (Joustoturva, Matkasampo) | Matkareitti ja kulkuneuvo? | | | |
| | | | Km-määrä | |
| MUUT VAKUUTUKSET | Korvausta haetaan myös <input type="checkbox"/> Matka- tai yksityistapaturmavakuutuksesta, yhtiö? | <input type="checkbox"/> Urheilulisenssivakuutus, yhtiö? <input type="checkbox"/> Työnantajan tai oma lakisääteinen tapaturmavak., yhtiö? | <input type="checkbox"/> Sairausvakuutuksesta Ei haeta | |
| | Korvauksen saaja | Hetu | Tilinumero | |
| KORVAUKSEN-SAAJA huoltaja täyttää, jos hakee korvausta | Lähiosoite | Postinumero | Postitoimipaikka | |
| | | | | |

Vahinkoja koskevia tietoja luovutetaan vakuutusyhtiöiden yhteiseen tietojärjestelmään, josta vakuutusyhtiöt voivat korvauksittain yhdistää tarkistaa muille vakuutusyhtiöille ilmoitetut vahingot. Tietoja käytetään ainoastaan vakuutusrikollisuuden ehkäisemiseen. Tietoja ei kerätä sairaus- eikä oikeusturvavahingoista.

If Vahinkovakuutusyhtiö Oy, rekisteröity kotipaikka ja osoite Helsinki, Vattuniemenkuja 8 A, 00025 IF. Y-tunnus 1614120-3
 Keskinäinen Vakuutusyhtiö Kaleva, rekisteröity kotipaikka ja osoite Helsinki, Bulevardi 56, 00075 SAMPO. Y-tunnus 0200628-9
 Vakuutusosakeyhtiö Henki-Sampo, rekisteröity kotipaikka ja osoite Helsinki, Bulevardi 56, 00075 SAMPO. Y-tunnus 0641130-2