

VAKUUTUS-TIEDOT	Vakuutuksen numero		
VAKUUTETTU	Suku- ja etunimet	Henkilötunnus	
	Ammatti	Työnantaja	
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
VAKUUTUKSEN-OTTAJA (ellei sama kuin vakuutettu)	Nimi	Henkilötunnus	
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
VAHINKOTIEDOT	Vahingon sattumispäivä ja kellonaika	Laäkärin hoidon alkamispäivä	Vahinkopaikka
	Vahinko sattui <input type="checkbox"/> ansiotyössä, siihen liittyvällä matkalla tai matkalla asunolta työpaikalle/työpaikalta asunnolle <input type="checkbox"/> yrittäjätoiminnassa tai sitä vastaavassa muussa työssä, siihen liittyvällä matkalla tai matkalla asunolta työpaikalle/työpaikalta asunnolle <input type="checkbox"/> vapaa-aikana <input type="checkbox"/> urheilussa <input type="checkbox"/> urheiluseuran järjestämässä ottelussa, kilpailussa tai harjoittelussa <input type="checkbox"/> koulussa tai koulumatkalla Laji _____ Seuran nimi _____		
SELOSTUS VAHINKO-TAPAHTUMASTA	Tarkka selvitys tapaturman sattumisesta ja syistä		

Postiosoite	Käyntiosoite	Puhelin	Faksi	Internet	Kotipaikka	Y-tunnus	Käännä!
Tapiola-ryhmä 02010 TAPIOLA	Revontulentie 7 ESPOO	(09) 4531	(09) 453 2146	www.tapiola.fi	ESPOO	0211034-2 Keskinäinen Vakuutusyhtiö Tapiola	

Hakemus täytetään aina jos halutaan, että vakuutusyhtiö maksaa sairaanhoitokustannuksista myös sairausvakuutuslain mukaisen korvauksen.

HENKILÖTIEDOT	Vakuutetun sukunimi ja etunimet	
	Henkilötunnus	Vakinainen asuinkunta
	Osoite	Puhelinnumero
KORVAUS-TIEDOT	Onko aiheena kustannuksiin ollut liikennevahinko, tapaturma toisen työssä tai ammattiatuti?	Korvaus halutaan maksettavaksi Tapiola-ryhmän tilille nro
	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Onko vakuutettu saanut korvausta jostain muualta _____ Mistä? _____ <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
ALLEKIRJOITUS	Vakuututan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi Paikka ja aika _____ Vakuutetun tai hänen edustajansa allekirjoitus _____	

VAHINKOTIEDOT	Vahingoittunut kehon osa	Onko sama kehon osa vammautunut aiemmin?	
	Työkyvyttömyysaika	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä, milloin?
	Laäkärin lausunto	Kopio sivutuloverokortista	
	<input type="checkbox"/> on liitteenä <input type="checkbox"/> toimitetaan <input type="checkbox"/> Tapiolan pyydettävä	<input type="checkbox"/> liitteenä	<input type="checkbox"/> Ei (vero 50 %)
		Hoitolaitos/lääkäri	
ALKOHOLI	Oliko vahingoittunut nauttinut alkoholia		
	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, kuinka paljon?		
POLIISITUTKINTA	Poliisitutkinta	Poliisilaitoksen tai nimismiespiirin nimi	
	<input type="checkbox"/> Ei ole suoritettu	<input type="checkbox"/> On suoritettu	
TODISTAJAT	Silminnäkijän nimi	Osoite	Puhelinnumero
KORVAUS- HAKEMUKSEN MUKANA TOIMITETTAVAT LIITTEET	Liitteiden lukumäärä		
	Pyydämme toimittamaan seuraavat selvitykset: – lääkärinlausunto – tutkimus- ja hoitokuluista alkuperäiset maksukuitit sekä lääkärinpalkkiotositteet tai Kelan alkuperäinen päätös ja kopiot siihen liittyvistä tositteista – lääkkeistä alkuperäiset apteekkikuitit ja kopiot lääkemääräyksistä Matkakulut korvataan vain, jos ne on erikseen vakuutusehdoissa mainittu.		
MUUT VAKUUTUKSET	Oletteko hakenut tai saanut korvausta jonkin lakisääteisen tai vapaaehtoisen vakuutuksen tai muun lain nojalla?		Vakuutusyhtiö
	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	
KORVAUKSEN- HAKIJA	Nimi		Henkilötunnus
	Osoite		
	Tilinnumero		
SÄHKÖPOSTI- OSOITE	Merkittävää rasti, jos haluatte Tapiolan käyttävän sähköpostia tiedonvälitykseen. Tarvitsemme suostumuksenne, koska sähköpostiyhteys Teidän ja Tapiolan välillä on suojaamaton.		
	<input type="checkbox"/> Annan suostumukseni siihen, että Tapiola voi lähettää minulle tarvittaessa henkilövahinkoani koskevia tietoja sähköpostitse	Sähköpostiosoite	
VAHINKO- KÄSITTELY	<b>Luovutamme tietoja Tapiolaan ilmoitetuista vahingoista vakuutusyhtiöiden yhteiseen vahinkokasteriin. Samalla tarkistamme, mitä vahinkoja muille vakuutusyhtiöille on ilmoitettu. Käytämme tietoja vain korvauskäsittelyn yhteydessä vakuutusyhtiöihin kohdistuvan rikollisuuden torjumiseksi.</b>		
VALTUUTUS	<b>Vakuutan tässä ilmoituksessa antamani tiedot oikeiksi. Sallin niiden lääkärin, sairaaloiden ja muiden hoitolaitosten, Kansaneläkelaitoksen, muiden vakuutusyhtiöiden ja -laitosten, joilla on terveydentilaani ja vahinkotapahtumaani liittyviä tietoja, antaa niitä Keskinäinen Vakuutusyhtiö Tapiolalle.</b>		
ALLEKIRJOITUS	Paikka ja aika	Puhelin kotiin	Puhelin työhön
	Vakuutetun allekirjoitus	Vakuutusnottajan allekirjoitus	

Tyhjennä koko lomake

Tapiola-ryhmä  
maksaa  
postimaksun

**TAPIOLA-RYHMÄ**  
**Yksityistapaturmakorvaus**  
Tunnus 5017268  
**00006 VASTAUSLÄHETYS**