



KORVAUSHAKEMUS

Vahinkonumero

Kansaneläkelaitoksen hyväksymä lomake nro 571-3 sv.

VAKUUTETTU	Vakuutetun suku- ja etunimet		
	Henkilötunnus	Vakinainen asuinkunta	Puhelinnumero kotiin
	Lähiosoite		Puhelinnumero toimeen
	Postinumero	Postitoimipaikka	Vakuutusnumero
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
	Sairausvakuutuslain mukainen korvaus sairaanhoitokuluista halutaan maksettavaksi vakuutusyhtiön tiille? <input type="checkbox"/> Kyllä		
ALLEKIRJOITUS	Vakuutan, että tässä korvaushakemuksessa antamani tiedot ovat oikeita. Sallin niiden joilla on korvausasian käsitteilyä 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.		
AMMATTI	Mikä on ammattinne?	Työnantajan nimi:	<input type="checkbox"/> Eläkeläinen <input type="checkbox"/> Kotiäiti <input type="checkbox"/> Opiskelija <input type="checkbox"/> Työtön
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"/> Ulkomailta, 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 valvomassa harjoituksessa, seuran/liiton nimi: <input type="checkbox"/> Koulussa, koulun 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? ____/____/____	Milloin varasitte matkan? ____/____/____
	Onko matkanjärjestäjältä saatu hyvitystä peruuntuneesta matkasta ja kuinka paljon (todistus liitettävä mukaan)?	Milloin peruitte matkan? ____/____/____	
ALKOHOLI POLIISITUTKIN- TA	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	Poliisi tai nimismiespiiri
HOITOON LIITTYVÄT MATKAKULUT (Joustoturva, Matkasampo)	Matkareitti ja kulkuneuvo?		Km-määrä
MUUT VAKUUTUKSET	Korvausta haetaan myös <input type="checkbox"/> Matka- tai yksityistapaturma- vakuutuksesta, yhtiö?	Urheilulisenssivakuutus, yhtiö? Työnantajan tai oma lakisääteinen tapaturmavak., yhtiö?	Sairausvakuutuksesta Ei haeta
KORVAUKSEN- SAAJA	Korvauksen saaja	Hetu	Tilinumero
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka

Vahinkoja koskevia tietoja luovutetaan vakuutusyhtiöiden yhteiseen tietojärjestelmään, josta vakuutusyhtiöt voivat korvauskäsittelyyn yhteydessä 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