

- Sairaus: hoitokulut, työkyvyttömyys
- Tapaturma: hoitokulut, työkyvyttömyys
- Tapaturmainen haitta
- Tapaturmainen kuolemantapaus

	Minkä alueyhtiömme asiakas olette?	Vakuutuksen numero	
Vakuutettu	Suku- ja etunimet	Henkilötunnus	Osoitetieto koskee kaikkia vakuutuksia <input type="checkbox"/>
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelinnumero	Ammatti	
	Sähköpostiosoite	<input type="checkbox"/> Haluan LähiTapiolan käyttävän sähköpostia vahinkoa koskevan tiedon välitykseen. Sähköpostiyhteys on suojaamaton.	
Vakuutuksenottaja (ellei sama kuin vakuutettu)	Nimi	Henkilötunnus / Y-tunnus	
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelinnumero		
	<input type="checkbox"/> Vakuutuksenottaja <input type="checkbox"/> Vakuutettu		
Korvauksenhakija	Nimi	Henkilötunnus	
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Tilinumero	Puhelinnumero	
Selvitys sairaudesta	Sairauden tai oireiden alkamispäivä	Lääkärinhoidon alkamispäivä	
	Sairaalassaoloaika	Sairaalan nimi	
	Hoitolaitos ja teitä hoitaneen lääkärin nimi		
	Oletteko aiemmin sairastanut samaa sairautta tai onko teillä ollut siihen liittyviä oireita?		
	<input type="checkbox"/> Ei		
	<input type="checkbox"/> Kyllä, ensimmäinen lääkärissäkäyntipäivä, hoitolaitostiedot ja hoitoajat		
	Työkyvyttömyysaika	Kopio sivutoloverokortista tai muutosverokortti etuutta varten	
	<input type="checkbox"/> liitteenä	<input type="checkbox"/> Ei (vero 50 %)	
Oma selostus sairaudesta ja sen oireiden alkamisesta			

Selvitys tapaturmasta	Tapaturman sattumispäivä ja kellonaika	Lääkärinhoidon alkamispäivä sekä hoitolaitos	Tapaturman tapahtumapaikka		
	Vahinko sattui				
	<input type="checkbox"/> Ansiotyössä, siihen liittyvällä matkalla tai matkalla asunnolta työpaikalle/työpaikalta asunnolle	<input type="checkbox"/> Yrittäjätoiminnassa tai sitä vastaavassa muussa työssä, siihen liittyvällä matkalla tai matkalla asunnolta työpaikalle/työpaikalta asunnolle	<input type="checkbox"/> Liikennevahinko		
	<input type="checkbox"/> Vapaa-aikana	<input type="checkbox"/> Urheilussa	<input type="checkbox"/> Koulussa tai koulumatkalla	<input type="checkbox"/> Päivähoidossa	<input type="checkbox"/> Muu, Mikä?
	<input type="checkbox"/> Urheiluseuran järjestämässä ottelussa, kilpailussa tai harjoittelussa				
	Laji	Seuran nimi			
Vahingoittunut kehon osa			<input type="checkbox"/> Vasen <input type="checkbox"/> Oikea		
Onko sama kehon osa vammautunut tai oireillut aiemmin?					
<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, milloin?					
Hoitotiedot	Työkyvyttömyysaika	Kopio sivutoloverokortista tai muutosverokortti etuutta varten			
	<input type="checkbox"/> liitteenä <input type="checkbox"/> Ei (vero 50 %)				
	Oliko vahingoittunut nauttinut alkoholia tai huumaavaa ainetta?				
	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, kuinka paljon?				
	Poliisitutkinta	Poliisilaitoksen nimi			
<input type="checkbox"/> Ei ole suoritettu <input type="checkbox"/> On suoritettu					
Oma selostus tapaturman sattumisesta ja syistä					
Muut vakuutukset	Oletteko hakenut tai saanut korvausta jonkin lakisääteisen tai vapaaehtoisen vakuutuksen tai muun lain nojalla? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Mistä?				
Liitteet	<ul style="list-style-type: none"> – Alkuperäiset kulutusitteen tai Kelan alkuperäinen päätös ja kopiot siihen liittyvistä tositteista. – Kopio reseptistä tai apteekista saatava lääkelaskelma sekä alkuperäinen apteekin kuitti. – Laskut ja maksukuitit sairaalan hoitopäivä- ja poliklinikkamaksuista. – Esitutkintapöytäkirja, jos tapauksesta on toimitettu poliisitutkinta. <p>Korvauskäsittelyä varten tarvittavat selvitykset ja asiakirjat tarkentuvat yleensä käsittelyn yhteydessä. Pyydämme käsittelyä varten tarvitsemamme lisäselvitykset tai asiakirjat tarvittaessa erikseen.</p>				
Vahinkokäsittely	Luovutamme tietoja LähiTapiolaan ilmoitetuista vahingoista vakuutusyhtiöiden yhteiseen vahinkorekisteriin. Samalla tarkistamme, mitä vahinkoja muille vakuutusyhtiöille on ilmoitettu. Käytämme tietoja vain korvauskäsittelyn yhteydessä vakuutusyhtiöihin kohdistuvan rikollisuuden torjumiseksi.				
Valtuutus	Ilmoitan suostuvani siihen, että vakuutettua tutkineet ja hoitaneet lääkärit, sairaalat, terveyskeskukset, neuvolat, työterveyshuollon yksiköt, mielenterveystoimistot ja yksityiset sairaanhoitoloimet sekä toiset vakuutusyhtiöt ja vakuutus- ja eläkelaitokset antavat korvausasian käsittelemistä varten tarpeellisia vakuutetun terveydentilaa koskevia henkilötietoja LähiTapiola-ryhmälle. Tarvittavien tietojen hankkimiseksi mainitut yhtiöt voivat luovuttaa edellä mainituille tahoille vakuutetun terveydentilaa ja vakuutusta koskevia yksityisiä tietoja. Annan yllä olevan suostumuksen ja vakuutan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi.				
Allekirjoitus	Paikka ja aika	Puhelinnumero klo 8-17			
	Vakuutetun allekirjoitus	Vakuutuksenottajan allekirjoitus			

Korvaushakemus

Kelan paikallistoimistolle/työpaikkakassalle

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 ammattituti? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Korvaus halutaan maksettavaksi LähiTapiolan tilille nro	
	Onko vakuutettu saanut korvausta jostain muualta <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Mistä?	
Allekirjoitus	Vakuututan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi		
	Paikka ja aika	Vakuutetun tai hänen edustajansa allekirjoitus	