

	Minkä alueyhtiömme asiakas olette?	Vakuutuksen numero	
Vakuutettu	Suku- ja etunimet	Henkilötunnus	Osoitetieto koskee <input type="checkbox"/> kaikkia <input type="checkbox"/> vakuutuksia
	Ammatti	Työnantaja	
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelinnumero		
	Sähköpostiosoite	<input type="checkbox"/> Haluan LähiTapiolan käyttävän sähköpostia vahinkoa koskevan tiedon välitykseen. Sähköpostiyhteys on suojaamaton.	
Vakuutuksen- ottaja (ellei sama kuin vakuutettu)	Nimi	Henkilötunnus / Y-tunnus	
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelinnumero		
Korvauksen- hakija	Nimi	Henkilötunnus	
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelinnumero	Tilinumero	
Vahinkotiedot	Vahingon sattumispäivä ja kellonaika	Lääkärin hoidon alkamispäivä sekä hoitolaitos	Vahinkopaikka
	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"/> Liikenteessä (liikennevahinko)		
	<input type="checkbox"/> Vapaa-aikana <input type="checkbox"/> Urheilussa <input type="checkbox"/> Koulussa tai koulumatkalla <input type="checkbox"/> Päivähoidossa <input type="checkbox"/> Muualla, missä? _____		
	<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?		
	Työkyvyttömyysaika		Kopio sivutuloverokortista tai muutosverokortti etuutta varten
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> liitteenä <input type="checkbox"/> Ei (vero 50 %)	
Lääkärinlausunto		Hoitolaitos/lääkäri	
<input type="checkbox"/> on liitteenä <input type="checkbox"/> toimitetaan <input type="checkbox"/> LähiTapiolan pyydettyä			
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			
Selostus vahingosta	Tarkka selvitys vahingon sattumisesta ja syistä		
	Eritelkää aiheutuneet kulut 2. sivulle.		

Eritelkää aiheutuneet kulut	
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?
Lisätietoja	
Vahinko-ilmoituksen mukana toimitettavat liitteet	Liitteiden lukumäärä Pyydämme toimittamaan seuraavat selvitykset: - Lääkärin-/hammaslääkärinlausunto, jos teille on suunnitteilla toimenpide - Alkuperäiset kulutositteet tai Kelan alkuperäinen päätös ja kopiot siihen liittyvistä tositteista - Esitutkintapöytäkirja, jos tapauksesta on toimitettu poliisitutkinta Korvauskäsittelyä varten tarvittavat selvitykset ja asiakirjat tarkentuvat yleensä käsittelyn yhteydessä. Pyydämme käsittelyä varten tarvitsemamme lisäselvitykset tai asiakirjat tarvittaessa erikseen.
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	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 LähiTapiola-ryhmälle.
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
Korvaustiedot	Onko aiheena kustannuksiin ollut liikennevahinko, tapaturma toisen työssä tai ammattitauti? <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	Vakuutan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi Paikka ja aika Vakuutetun tai hänen edustajansa allekirjoitus	