

HENKILÖVAKUUTUKSEN VAHINKOILMOITUS

| | | | | | |
|--|---|------------|---|------------------|---------------------|
| HENKILÖTIEDOT | Etu- ja sukunimi | | Vahinkotunnus (yhtiö täyttää) | | |
| | Henkilötunnus | | Ammatti | | |
| | Lähiosoite | | Postinumero | Postitoimipaikka | |
| | Vakuutustunnus | | Vakuutusyhtiön nimi | | Puh.numero koti/työ |
| | Vakuutuksenottaja ja / tai huoltaja ellei sama kuin vakuutettu | | | | Puh.numero työ |
| | Lähiosoite, ellei sama kuin vakuutetun | | Postinumero | Postitoimipaikka | |
| PANKKIYHTEYS | Pankki ja täydellinen tilinumero | | Kenen tili, jos ei vakuutetun? | | |
| TYÖPAIKKA TIEDOT | Työnantajan nimi | | | | |
| | Lähiosoite | | Postinumero | Postitoimipaikka | |
| | Vakuutusyhtiö, josta työnantaja on ottanut lakisääteisen tapaturmavakuutuksen | | | | |
| TAPAHTUMA TIEDOT | Päivämäärä ja kellonaika | | Paikkakunta | | |
| | Tapahtuma sattui | | | | |
| | <input type="checkbox"/> työssä <input type="checkbox"/> työmatkalla <input type="checkbox"/> vapaa-aikana <input type="checkbox"/> liikennevahingossa <input type="checkbox"/> muualla, missä? | | | | |
| | Mikä ruumiinosa vammautui? | | Onko sama ruumiinosa vammautunut aikaisemmin? | | |
| Tapahtuma-Kuvaus | Sairauden tai vamman laatu. (tapahtuman kuvaus, mikäli kyseessä on tapaturma) | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Muut tapahtumatiedot | Onko poliisitutkinta pidetty? Jos on pidetty, liitetään mukaan poliisitutkintapöytäkirja | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä | | | | |
| | Oliko vahingoittunut alkoholin tai huumeiden vaikutuksen alainen? | | Nautittu määrä? | | |
| <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä | | | | | |
| Silminnäkijöiden nimet ja osoitteet: | | | | | |
| Urheilutapaturmat | Onko kyseessä urheiluliiton/-seuran ottelu tai siihen liittyvä harjoitus? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Kyllä, mikä ottelu/harjoitus <input type="checkbox"/> Ei, mikä muu? | | | | | |
| Työkyvyttömyysaika ja hoitotiedot | Lääkärin hoidon alkamispäivä | | Lääkärin, sairaalan tai hoitolaitoksen nimi | | |
| | | | | | |
| Muu vakuutusturva | Oletteko hakeneet korvausta työtapaturma- tai liikennevakuutuslain perusteella? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä | | | | | |
| Lisätietoja | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Liitteet | Lääkärinlausuntoja | Tositteita | Kuolintodistus | Virkatodistus | Valtakirjoja |
| | kpl | kpl | kpl | kpl | kpl |

HENKILÖVAKUUTUKSEN VAHINKOILMOITUS

| | | | |
|----------------------|---|-------------|------------------|
| Allekirjoitus | Sallin niiden, joilla on korvausasian käsittelemisen kannalta tarpeellisia tietoja minusta ja terveydentilastani, antavan näitä tietoja tätä vahinkoa käsittelevälle vakuutusyhtiölle. | | |
| | Paikka, aika ja vakuutetun, hänen holhoojansa tai muun korvauksenhakijan allekirjoitus | | |
| | VALTAKIRJA VAKUUTUSYHTIÖLLE SAIRAANHOITOKULUJEN ANOMISEKSI JA HAKEMISEKSI KANSANELÄKELAITOKSELTA (täytetään, jos sairaanhoitokulujen osalta ei ole haettu kansaneläkelaitoksen korvausta) | | |
| Henkilötiedot | Vakuutetun nimi | | Henkilötunnus |
| | Lähiosoite | Postinumero | Postitoimipaikka |
| | Tämä valtakirja liittyy liitteenä olevaan vahinkoon | | Vammanlaatu |
| | Vahinkopäivämäärä | | |
| Allekirjoitus | Vakuutan, että kustannusten aiheena ei ollut liikennevahinko, työtapaturma eikä ammattitauti enkä ole saanut korvausta muualta. Haluan, että korvaus maksetaan vakuutusyhtiö Pankkitilille nro: Paikka, aika Vakuutetun tai hänen edustajansa allekirjoitus | | |