

## HENKILÖVAKUUTUKSEN VAHINKOILMOITUS

<b>HENKILÖTIEDOT</b>	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			
<b>PANKKIYHTEYS</b>	Pankki ja täydellinen tilinumero		Kenen tili, jos ei vakuutetun?			
<b>TYÖPAIKKA TIEDOT</b>	Työnantajan nimi					
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka			
	Vakuutusyhtiö, josta työnantaja on ottanut lakisääteisen tapaturmavakuutuksen					
<b>TAPAHTUMA TIEDOT</b>	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 ruumiinosaa vammautui?		Onko sama ruumiinosaa vammautunut aikaisemmin?			
		<input type="checkbox"/> Ei    kyllä, milloin?				
<b>Tapahtuma-Kuvaus</b>	Sairauden tai vamman laatu. (tapahtuman kuvaus, mikäli kyseessä on tapaturma)					
<b>Muut tapahtumatiedot</b>	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				
Silminnäköijöiden nimet ja osoitteet:						
<b>Urheilutapaturmat</b>	Onko kyseessä urheiluliiton/-seuran ottelu tai siihen liittyvä harjoitus?					
<input type="checkbox"/> Kyllä, mikä ottelu/harjoitus <input type="checkbox"/> Ei, mikä muu?						
<b>Työkyvyttömyysaika ja hoitotiedot</b>	Lääkärin hoidon alkamispäivä	Lääkärin, sairaalan tai hoitolaitoksen nimi				
<b>Muu vakuutusturva</b>	Oletteko hakeneet korvausta työtapaturma- tai liikennevakuutuslain perusteella?					
<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä						
<b>Lisätietoja</b>						
<b>Liitteet</b>	Lääkärinlausuntoja kpl	Tositteita kpl	Kuolintodistus kpl	Virkatodistus kpl	Valtakirjoja kpl	

**HENKILÖVAKUUTUKSEN VAHINKOILMOITUS**

<b>Allekirjoitus</b>	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		
	<b>VALTAKIRJA VAKUUTUSYHTIÖLLE SAIRAANHOITOKULUJEN ANOMISEKSI JA HAKEMISEKSI KANSANELÄKELAITOKSELTA</b> (täytetään, jos sairaanhoitokulujen osalta ei ole haettu kansaneläkelaitoksen korvausta)		
<b>Henkilötiedot</b>	Vakuutetun nimi		Henkilötunnus
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Tämä valtakirja liittyy liitteenä olevaan vahinkoon	Vammanlaatu	
	Vahinkopäivämäärä		
<b>Allekirjoitus</b>	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		