

MATKATAVARAN VAHINKOILMOITUS

VAKUUTETUN 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?		
SELVITYS MATKASTA	Matka alkoi pvm.	Matka päättyi pvm.	Tosite matkasta liitteeksi		
	Matkan luonne (loma, työ, opiskelu ym.)				
VAHINKOTIEDOT	<input type="checkbox"/> Katoaminen <input type="checkbox"/> Vahingoittuminen / tuhoutuminen <input type="checkbox"/> Varkaus / ryöstö <input type="checkbox"/> Välttämättömyystarvikkeet <input type="checkbox"/> Muu, mikä?				
	Vahingon sattumispäivämäärä ja kellonaika		Tapahtumapaikka (maa, paikkakunta)		
	Vahingon toteamispäivämäärä ja kellonaika		Vahingon toteamisaikka		
TAPAHTUMA- KVAUS	Selvitys vahinkotapahtumasta				
	Kenelle vahingosta ilmoitettu <input type="checkbox"/> Hotelli <input type="checkbox"/> Liikenneyritys <input type="checkbox"/> Matkanjohtaja <input type="checkbox"/> Opas <input type="checkbox"/> Poliisi <input type="checkbox"/> Muu, kuka?				
	Oliko alkoholilla tai muilla huumausaineilla vaikutusta vahingon sattumiseen? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, miten?				
	Missä esineitä säilytettiin vahingon sattuessa?				
	Oliko säilytystila / -paikka lukittu? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, miksi?				
	Missä ja milloin teitä hoidettiin (terveysasema, sairaala, sairaalassaoloaika)?				
	Silminnäkijöiden nimet ja osoitteet				
	Aiheuttaako sairautenne jatkohoitoa kotimaassa <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä				
	ESINEET, JOISTA KORVAUSTA HAETAAN (TARVITTAESSA ERI LIITTELLÄ)	Esineen nimi, merkki, malli / ostopaikka	Ostohinta	Hankinta-aika	Arvo vahinko- hetkellä
ALLEKIRJOITUS	Paikka, aika ja allekirjoitus				