

Vakuutusnumero

VAKUUTUKSEN- OTTAJA	Nimi	Y-tunnus		Osoitetieto koskee <input type="checkbox"/> kaikkia vakuutuksia	
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka		
VAKUUTETTU	Nimi	Henkilötunnus			
	Ammatti	Työnantaja			
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka		
VAHINKOTIEDOT	Vahingon sattumispäivä ja kellonaika	Vahinkopaikka	Sairauden tai tapaturman sattumapaikka		
	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"/> vapaa-aikana	<input type="checkbox"/> urheilussa	<input type="checkbox"/> urheiluliiton tai -seuran järjestämässä ottelussa tai harjoituksissa		
	Urheilulaji	Seuran nimi			
SELVITYS VAHINKO- TAPAHTUMASTA	Tarkka selvitys tapaturman sattumisesta ja syistä				

Postiosoite Käyntiosoite Puhelin Faksi Internet Kotipaikka Y-tunnus  
 Tapiola-ryhmä Revontulentie 7 (09) 4531 (09) 453 2146 www.tapiola.fi ESPOO 0211034-2  
 02010 TAPIOLA Keskinäinen Vakuutusyhtiö Tapiola

Hakemus täytetään aina jos halutaan, että vakuutusyhtiö maksaa sairaahoitokustannuksista 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 ammattitauti?	Korvaus halutaan maksettavaksi Tapiola-yhtiöiden postisiirtotilille, nro
	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
	Onko vakuutettu saanut korvausta jostain muualta	Mistä?
	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
ALLEKIRJOITUS	<b>Vakuutan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi</b>	
	Paikka ja aika	Vakuutetun tai hänen edustajansa allekirjoitus

KORVAUS- HAKEMUKSEN MUKANA TOIMITETTAVAT LIITTEET	Liitteiden lukumäärä	Laäkäriinlausunto	<input type="checkbox"/> On liitteenä	<input type="checkbox"/> Toimitetaan	<input type="checkbox"/> Tapiolan pyydettävä
	Pyydämme toimittamaan seuraavat selvitykset:				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- lääkäriinlausunto</li> <li>- tutkimus- ja hoitokuluista alkuperäiset maksukuitit sekä lääkäriinpalkkiotositteet tai Kelan alkuperäinen päätös ja kopiot siihen liittyvistä tositteista</li> <li>- lääkkeistä alkuperäiset apteekkikuitit ja kopiot lääkemääräyksistä</li> </ul>					

#### ERITTELY KULUISTA

Tutkimus- ja hoitokulut	Korvausvaatimus	
Lääkkeet		
Sairaalahoitopäivämaksut		
KORVAUKSEN- HAKIJA	<input type="checkbox"/> Vakuutusnottaja	Tilinnumero
	Muu, kuka?	Henkilötunnus
	Osoite	Tilinnumero
VAHINKO- KÄSITTELY	Luovutamme tietoja Tapiolaan 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 lääkäreiden, sairaaloiden ja muiden hoitolaitosten, Kansaneläkelaitoksen, muiden vakuutusyhtiöiden ja -laitosten, joilla on terveydentilaani ja vahinkotapahtumaani liittyviä tietoja, antaa niitä Keskinäinen Vakuutusyhtiö Tapiolalle.	
ALLEKIRJOITUS	Paikka ja aika	Puhelin kotiin      Puhelin työhön
	Korvauksenhakijan allekirjoitus	Vakuutusnottajan allekirjoitus