

VAKUUTUS-TIEDOT	Vakuutuksen numero					
VAKUUTETTU	Suku- ja etunimet			Henkilötunnus		Osoitetieto koskee <input type="checkbox"/> kaikkia vakuutuksia
	Ammatti		Työnantaja			
	Lähiosoite		Postinumero	Postitoimipaikka		
VAKUUTUKSEN-OTTAJA (ellei sama kuin vakuutettu)	Nimi			Henkilötunnus		
	Lähiosoite		Postinumero	Postitoimipaikka		
VAHINKOTIEDOT	Vahingon sattumispäivä ja kellonaika		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"/> koulussa tai koulumatkalla	<input type="checkbox"/> vapaa-aikana	Laji		Seuran nimi	
SELOSTUS VAHINKO-TAPAHTUMASTA	<input type="checkbox"/> urheilussa <input type="checkbox"/> urheiluseuran järjestämässä otte- lussa, kilpailussa tai harjoittelussa					
	Tarkka selvitys tapaturman sattumisesta ja syistä					

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

KÄÄNNÄ!

Hakemus täytetään aina jos halutaan, että vakuutusyhtiö maksaa sairaanhoitokustannuksista 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 ammattiatuti?			Korvaus halutaan maksettavaksi Tapiola-yhtiöiden tilille nro		
	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä				
ALLEKIRJOITUS	Onko vakuutettu saanut korvausta jostain muualta			Mistä?		
	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä				

Vakuututan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi
Paikka ja aika Vakuutetun tai hänen edustajansa allekirjoitus

VAHINKOTIEDOT	Vahingoittunut kehon osa	Onko sama kehon osa vammautunut aiemmin?	
		<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä, milloin?
	Työkyyttömyysaika	Kopio sivutuloverokortista	
		<input type="checkbox"/> liitteenä	<input type="checkbox"/> Ei (vero 50 %)
	Lääkärin lausunto	Hoitolaitos/lääkäri	
	<input type="checkbox"/> on liitteenä <input type="checkbox"/> toimitetaan <input type="checkbox"/> Tapiolan pyydetävä		
ALKOHOLI	Oliko vahingoittunut nauttinut alkoholia		
	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, kuinka paljon?		
POLIISITUTKINTA	Polisitutkinta	Poliisilaitoksen tai nimismiespiirin nimi	
	<input type="checkbox"/> Ei ole suoritettu <input type="checkbox"/> On suoritettu		
TODISTAJAT	Silminnäkijän nimi	Osoite	Puhelinnumero
KORVAUS- HAKEMUKSEN MUKANA TOIMITETTAVAT LIITTEET	Liitteiden lukumäärä		
	<p>Pyydämme toimittamaan seuraavat selvitykset:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lääkärintausunto - tutkimus- ja hoitokuluista alkuperäiset maksukuitit sekä lääkärinpalkkiotositteet tai Kelan alkuperäinen päätös ja kopiot siihen liittyvistä tositteista - lääkkeitä alkuperäiset apteekkikuitit ja kopiot lääkemääräyksistä <p>Matkakulut korvataan vain, jos ne on erikseen vakuutusehdoissa mainittu.</p>		
MUUT VAKUUTUKSET	Oletteko hakenut tai saanut korvausta jonkin lakisaateisen tai vapaaehtoisen vakuutuksen tai muun lain nojalla?	Vakuutusyhtiö	
	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä		
KORVAUKSEN- HAKIJA		Tilinumero	
	<input type="checkbox"/> Vakuutusnottaja		
	Muun hakijan nimi	Henkilötunnus	
	Osoite	Tilinumero	
VAHINKO- KASITTELY	Luovutamme tietoa Tapiolaan ilmoitetuista vahingoista vakuutusyhtiöiden yhteiseen vahinkorekisteriin. Samalla tarkistamme, mitä vahinkoja muille vakuutusyhtiöille on ilmoitettu. Käytämme tietoa 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 Keskinäinen Vakuutusyhtiö Tapiolalle.		
ALLEKIRJOITUS	Paikka ja aika	Puhelin kotiin	Puhelin työhön
	Korvauksenhakijan allekirjoitus	Vakuutusnottajan allekirjoitus	