

- yksilöllisessä yksityistapaturmavakuutuksessa
- ryhmätapaturmavakuutuksessa

Korvauskäsittelyä varten pyydämme toimittamaan vamman hoitokuluista alkuperäiset maksetut laskut liitteineen ja tarvittaessa E-lääkärintlausunnon.

Henkilötiedot	Nimi (sukunimi ensin)		Henkilötunnus	
	Entinen sukunimi	Ammatti (koululaisen ja opiskelijan osalta lisäksi oppilaitos)		
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka	
	Sähköpostiosoite	Puh. suuntanumeroineen kotiin	toimeen	
	Vakuutusnottaja ja / tai huoltaja ellei sama kuin vakuutettu	Puh. suuntanumeroineen kotiin	toimeen	
	Lähiosoite, ellei sama kuin vakuutetun	Postinumero	Postitoimipaikka	
Pankkiyhteys	Pankki ja täydellinen tilinumero			
	Kenen tili, jos ei vakuutetun? Myös osoite mainittava			
Työpaikka-tiedot/ oppilaitoksen tiedot	Työnantajan nimi/oppilaitoksen nimi			
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka	
	Vakuutusyhtiö, josta työnantaja on ottanut lakisääteisen tapaturmavakuutuksen			
Tapahtumatiiedot	Päivämäärä ja kellonaika		Paikkakunta	
	Tapahtuma sattui			
	<input type="checkbox"/> työssä	<input type="checkbox"/> työmatkalla	<input type="checkbox"/> vapaa-aikana	<input type="checkbox"/> liikennevahingossa
Mikä ruumiinosaa vammautui?		Onko sama ruumiinosaa vammautunut aikaisemmin?		
		<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä, milloin?	
Tapahtumakuvaus	Yksityiskohtainen selvitys siitä, miten vamma aiheutui			
			<input type="checkbox"/> Jatkuu kääntöpuolella	

Täyttäkää alla oleva SV-korvaushakemus, niin yhtiö voi maksaa Teille myös sairausvakuutuslain mukaisen osuuden vamman hoitokuluista. Korvausta on haettava Kelasta kuuden kuukauden kuluessa kulun maksupäivästä.

Osoite	Puhelin	Faksi	Internet
Pohjola Yksityistapaturmakorvaukset Lapinmäentie 1 00013 Pohjola	03 03 03 03	010 559 3421	www.pohjola.fi

Vahinkotunnus (yhtiö täyttää)

KORVAUSHAKEMUS JA VALTAKIRJA kansaneläkelaitokselle / työpaikkakassalle sairaanhoitokustannuksista

Henkilötiedot	Vakuutetun nimi		Henkilötunnus
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
Allekirjoitus	Vakuutan, että kustannusten aiheena ei ollut liikennevahinko, työtapaturma eikä ammattitauti enkä ole saanut korvausta muualta. Haluan, että korvaus maksetaan Pohjolan (Lapinmäentie 1, 00013 Pohjola) pankkitilille OKO 500001-2213292.		
	Paikka, aika ja vakuutetun tai hänen edustajansa allekirjoitus		

Muut tapahtumätiedot	Onko poliisitutkinta pidetty? Jos on pidetty, pyydämme toimittamaan poliisitutkintapöytäkirjan				
	<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					
Urheilu-tapaturmat	Onko kyseessä urheiluliiton / -seuran ottelu tai sitä varten järjestetty harjoitus?				
	<input type="checkbox"/> Kyllä, mikä ottelu / harjoitus?				
	<input type="checkbox"/> Ei, mikä muu?				
Työkyvyttö-myys- ja hoitotiedot	Lääkärin hoidon alkamispäivämäärä		Lääkärin, sairaalan tai hoitolaitoksen nimi		
	Keitä lääkäreitä olette myöhemmin käyttäneet? Missä sairaalassa tai hoitolaitoksessa?				
	Minkä ajan olette ollut täysin työkyvytön?			Minkä ajan olette ollut osittain työkyvytön?	
Muu vakuutus-turva	Oletteko hakenut / saanut korvausta tapaturmavakuutuslain perusteella?				Vakuutusyhtiön nimi
	<input type="checkbox"/> Ei		<input type="checkbox"/> Kyllä		
	Oletteko hakenut / saanut korvausta liikennevakuutuslain perusteella?			Ajoneuvon rek.nro	Vakuutusyhtiön nimi
	<input type="checkbox"/> Ei		<input type="checkbox"/> Kyllä		
	Muut tapaturmavakuutukset, vakuutustunnus ja vakuutusyhtiö				
Kuulutteko työpaikka- tai muuhun sairauskassaan?					
<input type="checkbox"/> Ei		<input type="checkbox"/> Kyllä, sairauskassan nimi ja osoite			
Lisätietoja					
Tapaturma-ilmoituksen liitteet	Lääkärinlausuntoja, kpl		Alkuperäisiä tositteita, kpl		Kuolintapauksessa lisäksi virkatodistuksia, kpl
					<input type="checkbox"/> kuolintodistus (sisältää kuolinsyyn)
					valtakirjoja, kpl
Muita asiakirjoja, mitä?					
Toimitetaan myöhemmin, mitä?					
Allekirjoitus	Sallin niiden, joilla on korvausasian käsittelemisen kannalta tarpeellisia tietoja minusta ja terveydentilastani, antavan näitä tietoja Pohjolalle. Sallin myös tietojen antamisen toiselle vakuutusyhtiölle vahinkotapahtumaa koskevan korvausasian käsittelyä varten.				
	Paikka, aika ja vakuutetun tai hänen edustajansa allekirjoitus				

.....