

	Minkä alueyhtiömme asiakas olet?	Vakuutuksen numero	
Vakuutettu	Suku- ja etunimet	Henkilötunnus	
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelinnumero		
	Sähköpostiosoite		
Vakuutuksen-ottaja (ellei sama kuin vakuutettu)	Nimi	Henkilötunnus / Y-tunnus	
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelinnumero		
	☐ Vakuutuksenottaja ☐ Vakuutettu		
Korvauksen-hakija (jos vakuutettu tai vakuutuksen-ottaja, täytä vain nimi ja tilinumero)	Nimi	Henkilötunnus	
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Tilinumero	Puhelinnumero	
Selvitys sairaudesta	Sairauden tai oireiden alkamispäivä	Lääkärissä käynnin päivä	
	Hoitopaikka ja sinua hoitaneen lääkärin nimi		
	Sairaalassaoloaika	Sairaalan nimi	
	Oma selostus sairaudesta ja sen oireiden alkamisesta		
	Oletko sairastanut tai oireillut samasta sairaudesta aiemmin? ☐ Ei ☐ Kyllä (laita alle tiedot hoitopaikoista ja käyntipäivistä)		
Selvitys työkyvyttömyydestä (täytä vain, jos vakuutuksesi sisältää turvan työkyvyttömyydelle)	Työkyvyttömyysaika	Kopio palkkaverokortista tai muutosverokortista etuutta varten. ☐ liitteenä ☐ Ei (ennakonpidätysprosentti on 50 %)	

Muut vakuutukset	Oletko hakenut tai saanut korvausta jonkin lakisääteisen tai vapaaehtoisen vakuutuksen tai muun lain nojalla? Mistä? ☐ Ei ☐ Kyllä
Korvaus-hakemuksen mukana toimitettavat liitteet	Pyydämme toimittamaan seuraavat asiakirjat: – lääkärikäynteihin liittyvät sairauskertomukset – hoitoon liittyvien kustannusten tositteet kuten poliklinikka-, hoitopäivä- ja lääkärikäyntien maksut – kopio reseptistä tai apteekista saatava lääkelaskelma sekä lääkekuitti – mahdollinen Kelan päätös.
Vahinko-käsittely	Luovutamme tietoja LähiTapiolaan ilmoitetuista vahingoista vakuutusyhtiöiden yhteiseen vahinkorekisteriin. Samalla tarkistamme, mitä vahinkoja muille vakuutusyhtiöille on ilmoitettu. Käytämme tietoja vain korvauskäsittelyn yhteydessä vakuutusyhtiöihin kohdistuvan rikollisuuden torjumiseksi.
Valtuutus	Ilmoitan suostuvani siihen, että vakuutettua tutkineet ja hoitaneet lääkärit, sairaalat, terveyskeskukset, neuvolat, työterveyshuollon yksiköt, mielenterveystoimistot ja yksityiset sairaanhoitolaitokset sekä toiset vakuutusyhtiöt ja vakuutus- ja eläkelaitokset antavat korvausasian käsittelemistä varten tarpeellisia vakuutetun terveydentilaa koskevia henkilötietoja vakuutuksen myöntäneelle LähiTapiola-ryhmään kuuluvalla yhtiöllä. Annan yllä olevan suostumuksen ja vakuutan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi.
Allekirjoitus	Paikka ja aika
	Vakuutetun tai hänen edustajansa allekirjoitus ja nimenselvennys