

	I vilket av våra regionbolag är du kund?	Försäkringsnummer	
Försäkrad	Efternamn och alla förnamn	Personbeteckning	
	Adress	Postnummer	Ort
	Telefonnummer		
	E-postadress		
Försäkrings- tagare (om inte samma som den försäkrade)	Namn	Personbeteckning / FO-nummer	
	Adress	Postnummer	Ort
	Telefonnummer		
	☐ Försäkringstagare ☐ Försäkrad		
Ersättnings- sökande (om försäkrad eller försäkrings- tagare, fyll endast i namn och konto- nummer)	Namn	Personbeteckning	
	Adress	Postnummer	Ort
	Kontonummer	Telefonnummer	
Utredning av sjukdom	Datum då sjukdomen eller symptomen börjat	Datum du besökte läkaren	
	Vårdplats och namnet på läkaren som vårdade dig		
	Tiden för sjukhusvården	Namnet på sjukhuset	
	Egen utredning om sjukdomen och hur dess symptom började		
	Har du tidigare varit sjuk eller haft symptom på grund av samma sjukdom? ☐ Nej ☐ Ja (anteckna uppgifterna om vårdplatserna och besöksdatum nedan)		
Utredning av arbetsförmåga (fyll i endast om din försäkring inkluderar skydd vid arbetsför- måga).	Period av arbetsförmåga	Kopia på skattekort för lön eller ändringsskatte kort för förmånen ☐ finns som bilaga ☐ Nej (försäkringsinnehållningsprocenten är 50)	

Övriga försäkringar	Har du ansökt om eller fått ersättning med stöd av en lagstadgad eller frivillig försäkring eller en annan lag? Varifrån? ☐ Nej ☐ Ja
Bilagor till skadeanmälan	Vänligen bifoga följande handlingar till ersättningsansökan: – sjukjournaler som hänför sig till läkarbesöken – kvitton på kostnader för vården, t.ex. kvitton på poliklinikavgifter samt avgifter för vård dagar och läkarbesök – kopia på receptet eller en läkemedelsberäkning som fås av apoteket samt läkemedelskvittot – eventuellt beslut från FPA.
Skadereglering	LokalTapiola överlåter uppgifter om anmälda skadefall till försäkringsbolagens gemensamma skaderegister. Samtidigt kontrollerar LokalTapiola vilka skador som har anmälts till andra försäkringsbolag. Uppgifterna används i samband med ersättningshandläggningen för att förhindra kriminella gärningar mot försäkringsbolagen.
Fullmakt	Jag försäkrar att uppgifterna jag gett i anmälan är korrekta. Jag tillåter att de läkare, sjukhus och övriga vårdinrättningar, Folkpensionsanstalten samt övriga försäkringsbolag och -anstalter som har uppgifter om mitt hälsotillstånd och skadefall överlåter uppgifterna till LokalTapiola-gruppen. Jag ger ovannämnda samtycke och försäkrar att uppgifterna som jag har lämnat i denna ansökan är riktiga.
Underskrift	Ort och datum
	Den försäkrades eller dennes representants underskrift och namnförtydligande