

	Försäkringsnummer		
Försäkrad	Efternamn och alla förnamn		Personbeteckning
	Adress		Postnummer Ort
	Adress på stationeringsorten		
	Telefonnummer	E-postadress	
Försäkrings-tagare	Företagets namn		Fo-nummer
	Adress	Postnummer	Ort
	Namn på kontaktperson som sköter företagets försäkringar		Telefonnummer
Ersättnings-sökande (om försäkrad eller försäkrings-tagare, fyll endast i namn och kontonummer)	Namn		Personbeteckning/ Fo-nummer
	Adress		Postnummer Ort
	Telefonnummer	Kontonummer	
Uppgifter om utsändningen	Begynnelsedatum för utsändningen	Slutdatum för utsändningen	Stationeringsort (stad och land)
Sjukdom under resa (fyll i endast om det är fråga om sjukdom under resa)	Datum för insjuknande		Ort för insjuknande
	Datum det första läkarbesöket gjordes samt vårdplats		Har du haft motsvarande sjukdom eller symptom tidigare? ☐ Ja ☐ Nej
	På vilken vårdplats har du tidigare fått vård på grund av sjukdomen eller symptomen?		Läkarutlåtande finns som bilaga ☐ skickas senare ☐ Lokaltapiola begär ☐
Olycksfall under resa (fyll i endast om det är fråga om reseolycksfall)	Datum olycksfallet inträffade		Datumet första läkarbesöket gjordes och vårdplats
	Platsen där olycksfallet inträffade		
	Läkarutlåtande ☐ finns som bilaga ☐ skickas senare ☐ Lokaltapiola begär		
	Olyckan inträffade ☐ I förvärsarbete, under resa i anknytning till förvärsarbete eller under resa från bostaden till arbetsplatsen/arbetsplatsen till bostaden ☐ I samband med användning av motordrivet fordon (ge närmare uppgifter om fordonet under Uppgifter om händelsen) ☐ På fritiden		
	☐ Under förskoleundervisning, i skolan eller på resor i anknytning till dessa		
	☐ Annan, vilken? _____		
	☐ I idrott Gren _____		
	☐ Under match, tävling eller träning som ordnats av idrottsförbund, förening eller annan organisation Gren _____ Föreningens namn _____		
	Om olycksfallet inträffade under träning, hänförde sig träningen till tävlingsidrott? ☐ Ja ☐ Nej		
	Krävdes det att du skaffar licens, spelpass eller motsvarande eller att du undertecknar en ansvarsfrihetsklausul? ☐ Ja ☐ Nej		
	Skadad kroppsdel _____		
	☐ Vänster ☐ Höger		
	Har samma kroppsdel skadats eller visat symptom tidigare? ☐ Nej ☐ Ja, när? _____		
	På vilken vårdplats har du tidigare fått vård på grund av skadan eller symptomen? _____ Var du påverkad av alkohol eller rusmedel vid tidpunkten för händelsen? ☐ Nej ☐ Ja. Vad använde du och hur mycket? _____		

	Polisundersökning ☐ har inte gjorts ☐ har gjorts	Namn på polisinrättning
Utredning av arbetsoförmåga (fyll i endast om din försäkring inkluderar skydd vid arbetsoförmåga).	Period av arbetsoförmåga	Kopia på skattekort för lön eller ändringsskatte kort för förmånen ☐ finns som bilaga ☐ Nej (förskottsinnehållningsprocenten är 50)
Uppgifter om händelsen	Noggrann redogörelse för skadefallet och orsakerna; hur olycksfallet inträffade eller vilka sjukdomssymptom du hade och när de visade sig	
Övriga försäkringar	Har du ansökt om eller fått ersättning med stöd av en lagstadgad eller frivillig försäkring eller en annan lag? ☐ Nej ☐ Ja	Varifrån?
Annullerad resa	Av vilken orsak annullerades din resa?	
	Datum för resans bokning	När annullerade du resan?
	Har du ansökt om ersättning för annulleringen av resan av researrangören?	
	☐ Ja ☐ Nej	
Avbruten resa	Av vilken orsak avbröts din resa?	
	När återvände du från resan?	När var det meningen att du skulle återvända från resan enligt den ursprungliga resplanen?
	Var du tvungen att återvända till utsändningsorten på grund av arbete?	
	☐ Nej ☐ Ja. När?	
Försening från resa	Av vilken orsak försenade du dig från resan?	
	När inträffade förseningen?	
Tilläggsinformation		
Bilagor till skadeanmälan	Vänligen bifoga följande handlingar till ersättningsansökan: – sjukjournaler som hänför sig till läkarbesöken – tandläkarutlåtande (vid tandskador) – 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 – transportörens intyg över orsaken till förseningen från resan – biljetter i original vilka visar resans pris – kvitton på extra resekostnader – förundersökningsprotokoll om polisen undersökt händelsen.	
Skadereglering	LokalTapiola överläter 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 överläter uppgifterna till LokalTapiola-gruppen.	
Underskrift	Ort och datum	
	Den försäkrades eller dennes representants underskrift och namnförtydligande	