

	I vilket av våra regionbolag är du kund?	Försäkringsnummer		
<b>Försäkrad</b>	Efternamn och alla förnamn		Personbeteckning	
	Adress		Postnummer Ort	
	Telefonnummer	E-postadress		
<b>Försäkrings- tagare (om inte samma som den försäkrade)</b>	Namn		Personbeteckning / Fo-nummer	
	Adress		Postnummer Ort	
	Telefonnummer			
<b>Ersättnings- sökande (om försäkrad eller försäkrings- tagare, fyll endast i namn och konto- nummer)</b>	Namn		Personbeteckning	
	Adress		Postnummer Ort	
	Telefonnummer	Kontonummer		
<b>Uppgifter om resan</b>	Syftet med resan <input type="checkbox"/> Arbete <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Studier		Resemål (stad och land)	
	Resans begynnelse datum	Resans slutdatum	Inkvarteringsform (hotell, egen fritidsbostad, annan vad?)	
<b>Sjukdom under resa (fyll i endast om det är fråga om sjukdom under resa)</b>	Datum för insjuknande		Ort för insjuknande	
	Datum det första läkarbesöket gjordes och vårdplats		Har du haft motsvarande sjukdom eller symptom tidigare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	På vilken vårdplats har du tidigare fått vård på grund av sjukdomen?		Läkarutlåtande finns som bilaga <input type="checkbox"/> skickas senare <input type="checkbox"/> Lokaltapiola begär <input type="checkbox"/>	
<b>Olycksfall under resa (fyll i endast om det är fråga om reseolycksfall)</b>	Datum då olycksfallet inträffade		Platsen där olycksfallet inträffade	
	Datum det första läkarbesöket gjordes och vårdplats			
	Läkarutlåtande <input type="checkbox"/> finns som bilaga <input type="checkbox"/> skickas senare <input type="checkbox"/> Lokaltapiola begär			
	Olycksfallet inträffade			
	<input type="checkbox"/> I förvärsarbete, under resa i anknýtning till förvärsarbete eller under resa från bostaden till arbetsplatsen/arbetsplatsen till bostaden	<input type="checkbox"/> I företagverksamhet eller annat arbete som motsvarar företagverksamhet, under resa i anknýtning till sådan verksamhet eller sådant arbete eller under resa från bostaden till arbetsplatsen/arbetsplatsen till bostaden	<input type="checkbox"/> I samband med användning av motor-drivet fordon (ge närmare uppgifter om fordonet under Uppgifter om händelsen)	
	<input type="checkbox"/> På fritiden	<input type="checkbox"/> Under förskoleundervisning, i skolan eller på resor i anknýtning till dessa		
	<input type="checkbox"/> Annan, vilken? _____			
	<input type="checkbox"/> I idrott			
	Gren _____			
	<input type="checkbox"/> Under match, tävling eller träning som ordnats av idrottsförbund, förening eller annan organisatör			
Gren _____		Föreningens namn _____		
Om olycksfallet inträffade under träning, hänförde sig träningen till tävlingsidrott? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
Krävdes det att du skaffar licens, spelpass eller motsvarande eller att du undertecknar en ansvarsfrihetsklausul? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
Skadad kroppsdel _____ <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Höger				
Har samma kroppsdel skadats eller visat symptom tidigare?		På vilken vårdplats har du tidigare fått vård på grund av sjukdomen?		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, när?		_____		
Var du påverkad av alkohol eller rusmedel vid tidpunkten för händelsen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Vad använde du och hur mycket?				

	Polisundersökning <input type="checkbox"/> har inte gjorts <input type="checkbox"/> har gjorts	Namn på polisinrättning
<b>Utredning av arbetsoförmåga (fyll i endast om din försäkring inkluderar skydd vid arbetsoförmåga).</b>	Period av arbetsoförmåga	Kopia på skattekort för lön eller ändringsskatte kort för förmånen <input type="checkbox"/> finns som bilaga <input type="checkbox"/> Nej (förskottsnehållningsprocenten är 50)
<b>Uppgifter om händelsen</b>	Noggrann redogörelse för skadefallet och orsakerna; hur olycksfallet inträffade eller vilka sjukdomssymptom du hade och när de visade sig	
<b>Övriga försäkringar</b>	Har du ansökt om eller fått ersättning med stöd av en lagstadgad eller frivillig försäkring eller en annan lag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Varifrån?
<b>Annullerad resa</b>	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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<b>Avbruten resa</b>	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?
	Tiden för sjukhusvården	
<b>Försening från resa</b>	Av vilken orsak försenade du dig från resan?	
	När inträffade förseningen?	
<b>Tilläggsinformation</b>		
<b>Bilagor till skadeanmälan</b>	Vänligen bifoga följande handlingar till ersättningsansökan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- sjukjournaler som hänför sig till läkarbesöken</li> <li>- tandläkarutlåtande (vid tandskador)</li> <li>- kvitton på kostnader för vården, t.ex. kvitton på poliklinikavgifter samt avgifter för vård dagar och läkarbesök</li> <li>- kopia på receptet eller en läkemedelsberäkning som fås av apoteket samt läkemedelskvittot</li> <li>- eventuellt beslut från FPA</li> <li>- transportörens intyg över orsaken till förseningen från resan</li> <li>- biljetter i original vilka visar resans pris</li> <li>- kvitton på extra resekostnader</li> <li>- förundersökningsprotokoll om polisen undersökt händelsen.</li> </ul>	
<b>Skadereglering</b>	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.	
<b>Fullmakt</b>	Jag försäkrar att uppgifterna jag gett i anmälan är korrekta. Jag tillåter att läkare, sjukhus och övriga vårdinrättningar, Folkpensionsanstalten samt övriga försäkringsbolag och -anstalter vilka har uppgifter om mitt hälsotillstånd och mitt skadefall ger uppgifterna till bolaget som ingår i LokalTapiola-gruppen och beviljat försäkringen.	
<b>Underskrift</b>	Ort och datum	
	Den försäkrades eller dennes representants underskrift och namnförtydligande	