

Korvausta haetaan  Yksityistapaturmavakuutuksesta  Matkustajavakuutuksesta  Sairauskuluvakuutuksesta

Vakuutusnumero		Vakuutuksenottaja (jos muu kuin vahingoittunut)	
<b>HENKILÖ-TIEDOT</b>	Vahingoittuneen täydellinen nimi		Henkilötunnus
	Osoite		Puhelinnumero
	Postinumero	Postitoimipaikka	Sähköposti
	Miten haluat että olemme sinuun yhteydessä? <input type="checkbox"/> puhelin <input type="checkbox"/> sähköposti		
	Korvauksensaaja (jos muu kuin vahingoittunut)		Korvauksensaajan henkilötunnus
	Osoite (jos muu kuin vahingoittuneella)		Tilinumero (IBAN)
<b>VAHINKO TIEDOT</b>	Tapaturma sattui tai sairaus ilmeni <input type="checkbox"/> työssä tai matkalla töihin/töistä <input type="checkbox"/> vapaa-aikana <input type="checkbox"/> liikenteessä <input type="checkbox"/> kilpaurheilussa <input type="checkbox"/> matkalla		
	Jos matkalla <input type="checkbox"/> lomamatkalla <input type="checkbox"/> työmatkalla		
	Vahinkopäivämäärä/sairausaika		Paikka
	klo		
	Tarkka selostus vahingosta tai sairaustapauksesta		
	Korvausta haetaan yhteensä		
	Vahingon tai sairauden laatu		
	Lääkärin/sairaalahoito alkoi	Sairaalahoito päättyi	Lääkärikeskus/sairaala
	Aikaisemmat oireet tai saman ruumiinosan vammautumiset, milloin ja millä tavalla?		
<b>SELVITYS MATKASTA</b> (matkustaja-vakuutus)	Matkan tarkoitus		Milloin matkan piti alkaa ja päättyä?
	Matkanjärjestäjän nimi		Milloin matka todellisuudessa päättyi?
	Onko matkanjärjestäjältä saatu hyvitystä peruuntuneesta matkasta? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, kuinka paljon? (todistus liitettävä mukaan)		Milloin peruitte matkan?
<b>URHEILU-TAPATURMA</b>	Oliko kyseessä urheiluliiton tai seuran ottelu tai sitä varten järjestetty harjoitus? <input type="checkbox"/> kyllä, liiton tai seuran nimi? <input type="checkbox"/> ei, mikä muu?		
<b>ALKOHOLI</b>	Oliko vahingoittunut tapaturman sattuessa alkoholin tai muun päihdyttävän aineen vaikutuksen alaisena? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		
<b>POLIISI-TUTKINTA</b>	Onko poliisitutkinta suoritettu? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Poliisilaitoksen nimi	
<b>MUITA VAKUUTUKSIA</b>	Onko vakuutetulla voimassa muita vastaavia vakuutuksia? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Vakuutusyhtiön nimi	
<b>ALLEKIRJOITUS</b>	Vakuutusyhtiö luovuttaa tietoja sille ilmoitetuista tapaturmavahingoista vakuutusalan yhteiseen tietojärjestelmään. Korvausasian käsittelyn yhteydessä tarkistetaan, mitä vahinkoja muille vakuutuslaitoksille on ilmoitettu. Tietoja käytetään tietosuojalautakunnan asettamien lupaehtojen mukaisesti ainoastaan vakuutuslaitoksiin kohdistuvan rikollisuuden ehkäisemiseen.		
	Vakuutan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi. Ilmoitan suostuvani siihen, että minua tutkineet ja hoitaneet lääkärit, muut terveydenhuollon ammattihenkilöt, sairaalat, terveyskeskukset, neuvolat, työterveydenhuollon yksiköt, mielenterveystoimistot ja yksityiset sairaanhoitolaitokset sekä toiset vakuutusyhtiöt, vakuutus- ja eläkelaitokset sekä samassa vakuutusyhtiössä muuhun vakuutukseen liittyviä korvaus- ja vakuutusasioitani käsitelleet antavat terveys selvityksen käsittelemistä varten tarpeellisia terveydentilaani koskevia henkilötietoja Fennia Vahinkovakuutus Oy:lle. Tarvittavien tietojen hankkimiseksi vakuutusyhtiö voi luovuttaa edellä mainituille tahoille terveydentilaani ja vakuutustani koskevia yksilöityjä tietoja.		
	Paikka ja päiväys		Korvauksenhakijan allekirjoitus ja nimenselvitys