



TAPATURMAN KORVAUSHAKEMUS

ARS asukasturva

- Haet korvausta kätevimmin sähköisellä lomakkeella www.if.fi/henkilovahinko
- Jos joudut käyttämään tätä lomaketta, täytä oma lomake jokaisesta vahingosta ja vakuutetusta erikseen.
- Kulutusitteita ei tarvitse lähettää, vaan pyydämme niitä tarvittaessa.
- Voit liittää hakemukseen mukaan lääkärinlausunnon tai muun vastaavan dokumentin.
- Jos kuulut Suomen sairausvakuutuslain piiriin, allekirjoita sitä koskeva valtakirja.
- Täytä lomake huolellisesti, koska se nopeuttaa hakemuksesi käsittelyä.
- Lähetä lomake sähköpostilla personal@if.fi tai paperipostilla If Vahinkovakuutus Oyj, Suomen sivuliike, Yrityksen vapaaehtoiset henkilövakuutukset, PL 2036, FIN-20025 IF

Vakuutusnumero	Vakuutusnumero		
Vahingoittunut	Nimi		Henkilötunnus
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Talonyhtiön nimi		
	Puhelinnumero	Sähköpostiosoite	
Vakuutuksenottaja	Nimi		
	Yhteyshenkilön nimi ja yhteystiedot (puhelinnumero ja sähköposti)		
Sattunutta tapaturmaa koskevat tiedot	Tapaturman sattumispäivä	Kellonaika	Vahingon sattumismaa ja -paikka
	Selostus tapaturman kulusta ja siitä mitä vahingoittunut teki tapaturman sattuessa.		
	Oliko vahingoittunut päihdyttävien tai huumausaineiden vaikutuksen alaisena? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Onko poliisitutkinta pidetty? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Poliisitutkinnan paikka ja aika
Tapaturmavamman hoito	Milloin vahingoittunut kääntyi ensi kerran lääkärin puoleen?	Lääkärin nimi, osoite ja maa	
	Hoidettiin vahingoittunutta sairaalassa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Missä sairaalassa, osoite ja maa	
Aikaisemmat sairaudet ja viat	Onko sama kehonosa vammautunut tai oireillut aikaisemmin?		
	Jos kyllä, missä, milloin ja miten vammaa tai sen oireita on hoidettu?		

Sairaanhoidokulut	Yksilöi hoitokulut taulukkoon	Selite kulusta	Kulun aiheutumis-päivä	Kulun määrä ja valuutta	Onko Kela-vähennys tehty (kyllä/ei)
	Lääkäripalkkio				
	Tutkimus- ja hoitokulut				
	Lääkkeet				
	Sairaalamaksu				
	Fysikaalinen hoito				
	Hammashoito				
	Hoitoon liittyvät matkakulut				
	Muut hoitokulut				
Korvauksen-saajan tiedot	Kenelle korvaus maksetaan		Korvauksensaajan osoite		
	Pankin nimi ja osoite, jos Suomen ulkopuolella			Tilinumero	
	BIC/SWIFT-koodi		Tilinomistajan nimi		
Valtakirja Kelan korvaukseen	Kuulutteko Suomen sairausvakuutuksen piiriin? Jos ette niin minkä maan? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei				
	Valtuutan If Vahinkovakuutus Oyj:n, Suomen sivuliikkeen, maksamiensa sairaanhoidokulujen osalta hakemaan, nostamaan ja kuittaamaan puolestani sairausvakuutuslain mukaisen korvauksen sairaanhoidokuluista. Valtakirja on voimassa toistaiseksi. Paikka ja päiväys Valtuuttajan allekirjoitus ja nimenselvennys				
Vahingoittu-neen/sairastuneen allekirjoitus ja valtakirja	Vahvistan tässä korvaushakemuksessa annetut tiedot oikeiksi.				
	Ilmoitan suostuvani siihen, että minua 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 terveydentilaani koskevia henkilötietoja vakuutusyhtiölle. Tarvittavien tietojen hankkimiseksi vakuutusyhtiö voi luovuttaa edellä mainituille tahoille terveydentilaani ja vakuutustani koskevia yksilöllisiä tietoja. Paikka ja päiväys Allekirjoitus ja nimenselvennys				