

VAHINKOTIEDOT	Vahingoittunut kehon osa	Onko sama kehon osa vammautunut aiemmin?	
	Työkyvyttömyysaika	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä, milloin?
	Lääkärin lausunto	<input type="checkbox"/> liitteenä	<input type="checkbox"/> Ei (vero 50 %)
	<input type="checkbox"/> on liitteenä <input type="checkbox"/> toimitetaan <input type="checkbox"/> Tapiolan pyydettyä	Hoitolaitos/lääkäri	
ALKOHOLI	Oliko vahingoittunut nauttinut alkoholia		
	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, kuinka paljon?		
POLIISITUTKINTA	Poliisitutkinta	Poliisilaitoksen tai nimismiespiirin nimi	
	<input type="checkbox"/> Ei ole suoritettu <input type="checkbox"/> On suoritettu		
TODISTAJAT	Silminnäkijän nimi	Osoite	Puhelinnumero
KORVAUS- HAKEMUKSEN MUKANA TOIMITETTAVAT LIITTEET	Liitteiden lukumäärä		
	Pyydämme toimittamaan seuraavat selvitykset: <ul style="list-style-type: none"> – lääkärinlausunto – tutkimus- ja hoitokuluista alkuperäiset maksukuitit sekä lääkärinpalkkiositteet tai Kelan alkuperäinen päätös ja kopiot siihen liittyvistä tositteista – lääkkeistä alkuperäiset apteekkikuitit ja kopiot lääkemääräyksistä Matkakulut korvataan vain, jos ne on erikseen vakuutusehdoissa mainittu.		
MUUT VAKUUTUKSET	Oletteko hakenut tai saanut korvausta jonkin lakisääteisen tai vapaaehtoisen vakuutuksen tai muun lain nojalla?	Vakuutusyhtiö	
	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä		
KORVAUKSEN- HAKIJA	Nimi	Henkilötunnus	
	Osoite		
	Tilinumero		
SÄHKÖPOSTI- OSOITE	Merkittävä rasti, jos haluatte Tapiolan käyttävän sähköpostia tiedonvälitykseen. Tarvitsemme suostumuksenne, koska sähköpostiyhteys Teidän ja Tapiolan välillä on suojaamaton.		
	<input type="checkbox"/> Annan suostumukseni siihen, että Tapiola voi lähettää minulle tarvittaessa henkilövahinkoani koskevia tietoja sähköpostitse	Sähköpostiosoite	
VAHINKO- KÄSITTELY	Luovutamme tietoa Tapiolaan ilmoitetuista vahingoista vakuutusyhtiöiden yhteiseen vahinkorekisteriin. Samalla tarkistamme, mitä vahinkoja muille vakuutusyhtiöille on ilmoitettu. Käytämme tietoja vain korvauskäsittelyn yhteydessä vakuutusyhtiöihin kohdistuvan rikollisuuden torjumiseksi.		
VALTUUTUS	Vakuutan tässä ilmoituksessa antamani tiedot oikeiksi. Sallin niiden lääkärin, sairaaloiden ja muiden hoitolaitosten, Kansaneläkelaitoksen, muiden vakuutusyhtiöiden ja -laitosten, joilla on terveydentilaani ja vahinkotapahtumaani liittyviä tietoja, antaa niitä Keskinäinen Vakuutusyhtiö Tapiolalle.		
ALLEKIRJOITUS	Paikka ja aika	Puhelin kotiin	Puhelin työhön
	Vakuutetun allekirjoitus	Vakuutusnottajan allekirjoitus	

Tapiola-ryhmä
maksaa
postimaksun

TAPIOLA-RYHMÄ
Yksityistapaturmakorvaus
Tunnus 5017268
00006 VASTAUSLÄHETYS