

Korvausta haetaan	<input type="checkbox"/> Mittaturvasta / Yksityistapaturmavakuutuksesta <input type="checkbox"/> Urheilu- / Sporttiturvavakuutuksesta <input type="checkbox"/> Ryhmätapaturma- vakuutuksesta		
Vakuutetun tiedot	Nimi (sukunimi ensin)		Henkilötunnus
	Ammatti		
	Osoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Sähköpostiosoite		Puhelin (miel. matkapuhelin)
Vakuutuksen-ottajan tiedot	Vakuutuksenottaja ja / tai huoltaja ellei sama kuin vakuutettu		Puhelin (miel. matkapuhelin)
	Osoite, ellei sama kuin vakuutetun	Postinumero	Postitoimipaikka
Pankkiyhteys	Korvauksen saaja (nimi)		
	IBAN-pankkitilinumero	Pankin BIC-koodi	
Työpaikka- / oppilaitostiedot	Työnantajan / oppilaitoksen nimi		
	Osoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Vakuutusyhtiö, josta työnantaja on ottanut lakisääteisen tapaturmavakuutuksen		
Tapahtumatie- tiedot	Päivämäärä ja kellonaika		Paikkakunta
	Tapaturma sattui <input type="checkbox"/> työssä / koulussa <input type="checkbox"/> työ-/koulu- matkalla <input type="checkbox"/> vapaa- aikana <input type="checkbox"/> liikenne- vahingossa <input type="checkbox"/> muualla, missä?		
	Onko kyseessä urheiluliiton / -seuran ottelu tai valmennusohjelman mukainen harjoittelu?		
	<input type="checkbox"/> Kyllä, mikä ottelu / harjoitus? _____		
	<input type="checkbox"/> Ei, mikä muu?		
	Mikä ruumiinosa vammautui?		
	Onko sama ruumiinosa vammautunut aikaisemmin?		
<input type="checkbox"/> Ei? <input type="checkbox"/> Kyllä, milloin?			
Tapahtuma- kuvaus	Yksityiskohtainen selvitys siitä, miten vamma aiheutui		
Hoito- ja työkyvyttö- myystiedot	Lääkärin hoidon alkamispäivämäärä	Lääkärin, sairaalan tai hoitolaitoksen nimi	
	Minkä ajan olette ollut täysin työkyvytön?	Minkä ajan olette ollut osittain työkyvytön?	
Muut tapahtuma- tiedot	Onko poliisitutkinta pidetty? Jos on pidetty, pyydämme toimittamaan poliisitutkintapöytäkirjan		
	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä		
Oliko vahingoittunut alkoholin tai huumeiden vaikutuksen alainen?			
<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä			

Muu vakuutus- turva	Oletteko hakenut / saanut korvausta tapaturmavakuutuslain perusteella?		Vakuutusyhtiön nimi		
	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä			
	Oletteko hakenut / saanut korvausta liikennevakuutuslain perusteella?		Ajoneuvon rek.nro	Vakuutusyhtiön nimi	
	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä			
Muut tapaturmavakuutukset, vakuutustunnus ja vakuutusyhtiö					
Kuulutteko työpaikka- tai muuhun sairauskassaan?					
<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, sairauskassan nimi ja osoite					
Lisätiedot					
Tapaturma- ilmoituksen liitteet	Lääkärintlausuntoja, kpl	Alkuperäisiä tositteita, kpl	Kuolintapauksessa lisäksi <input type="checkbox"/> kuolintodistus (sisältää kuolinsyyntä)	virkatodistuksia, kpl	valtakirjoja, kpl
	Muita asiakirjoja, mitä?				
	Toimitetaan myöhemmin, mitä?				
Allekirjoitus	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 korvausasioitani käsitelleet antavat korvausasian käsittelemistä varten tarpeellisia terveydentilaani koskevia henkilötietoja vakuutusyhtiölle. Tarvittavien tietojen hankkimiseksi vakuutusyhtiö voi luovuttaa edellä mainituille tahoille terveydentilaani ja vakuutustani koskevia yksilöityjä tietoja.				
	Vakuutusyhtiö luovuttaa tietoja sille ilmoitetuista tapaturmahingoista vakuutusalan yhteiseen tietojärjestelmään. Korvausasian käsittelyn yhteydessä tarkistetaan, mitä vahinkoja muille vakuutuslaitoksille on ilmoitettu. Tietoja käytetään tietosuojalautakunnan asettamien lupaehtojen mukaisesti ainoastaan vakuutuslaitoksiin kohdistuvan rikollisuuden ehkäisemiseen.				
Allekirjoitus	Paikka, aika ja vakuutetun tai hänen edustajansa allekirjoitus				

Toimintaohjeet vahinkotilanteessa ja korvauskäsittelyssä hakemuksen lisäksi tarvittavat asiakirjat:

Vamman hoitokulut

Vamman hoitokulut tulee ensin itse maksaa ja hakea niistä sairausvakuutuslain mukaiset korvaukset Kelasta. Ennen kuin lähetätte kulutositteet selvityslomakkeineen Kelaan, ottakaa niistä kopiot korvaushakemukseen liitettäväksi.

Kelasta on haettava korvaukset 6 kuukauden kuluessa siitä kun kulu on maksettu. Liittäkää korvaushakemukseen myös Kelan antama alkuperäinen tosioite.

Liittäkää lääkkeitä mukaan alkuperäisen maksukuitin lisäksi resepti tai sen kopio.

Mikäli teillä on sairauskertomuskopio, toimittakaa se yhtiöllemme.

Jos vamma vaatii leikkaus- tai muita isoja toimenpiteitä tai sairaalahoitoa, liittäkää mukaan hoitavalta lääkäriltä saatava selvitys toimenpiteestä kustannusarvioineen.

Suosittellemme kumppanihoitolaitoksiamme käyttämistä, kun tarvitsette tutkimuksia tai hoitoa. Kumppanit löytyvät osoitteesta www.pohjola.fi. Asiantuntivan ja nopean palvelun lisäksi annamme kumppaneillemme maksusitoumuksia kalliisiin toimenpiteisiin.

Päiväkorvaus työkyvyttömyydestä

Päiväkorvauksen käsittelyä varten tarvitaan kopio lääkärinlausunnosta, josta ilmenee tapaturma ja työkyvyttömyysaika. Päiväkorvaus on veronalaista tuloa.

Liittäkää hakemukseen kopio sivutuloverokortista tai verottajan antama muu määräys ennakonpidätystä varten. Jos verokorttia ei ole toimitettu, pidätetään veroa 50 %.

Lääketieteellinen haitta

Pysyvän lääketieteellisen haitan käsittelyä varten on yhtiöön toimitettava E-lääkärintlausunto, jossa on vamman tilankuvaus.

Kuolintapauskorvaus

Kuolemantapauskorvausta haettaessa tarvitaan kuolintodistus, virkatodistukset vakuutetuista ja edunsaajista sekä edunsaajien osoitteet ja pankkitilitiedot. Jos korvausta valtuutetaan maksettavaksi esim. yhdelle edunsaajista, tarvitaan valtakirja.

Muuta

Jos tapauksesta on pidetty poliisitutkinta, toimittakaa kopio poliisitutkintapöytäkirjasta.

Lähetä korvaushakemus liitteineen osoitteeseen:

Pohjola / Yksityistapaturma
PL 660
00013 POHJOLA