

VAKUUTETUN HENKILÖTIEDOT	Etu- ja sukunimi		Vahinkotunnus (yhtiö täyttää)		
	Henkilötunnus		Ammatti		
	Lähiosoite		Postinumero	Postitoimipaikka	
	Vakuutustunnus		Vakuutusyhtiön nimi		Puh. numero koti / työ
	Vakuutuksenottaja ja / tai huoltaja ellei sama kuin vakuutettu				Puh. numero työ
	Lähiosoite, ellei sama kuin vakuutetun		Postinumero	Postitoimipaikka	
PANKKIYHTEYS	Pankki ja täydellinen tilinumero		Kenen tili, jos ei vakuutetun?		
TYÖNANTAJAA KOSKEVAT TIEDOT	Työnantajan nimi				
	Lähiosoite		Postinumero	Postitoimipaikka	
	Vakuutusyhtiö, josta työnantaja on ottanut lakisääteisen tapaturmavakuutuksen				
TAPAHTUMA- TIEDOT	Päivämäärä ja kellonaika		Paikkakunta		
	Tapahtuma sattui <input type="checkbox"/> työssä <input type="checkbox"/> työmatkalla <input type="checkbox"/> vapaa-aikana <input type="checkbox"/> liikennevahingossa <input type="checkbox"/> muualla, missä?				
	Mikä ruumiinosa vammautui?		Onko sama ruumiinosa vammautunut aikaisemmin? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> kyllä, milloin?		
TAPAHTUMA- Kuvaus	Sairauden tai vamman laatu (tapahtuman kuvaus, mikäli kyseessä on tapaturma tai selvitys sairaudesta)				
MUUT TAPAHTUMA- TIEDOT	Onko poliisitutkinta pidetty? Jos on pidetty, liitetään mukaan poliisitutkintapöytäkirja <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä				
	Oliko vahingoittunut alkoholin tai huumeiden vaikutuksen alainen? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä			Nautittu määrä?	
	Silminnäkijöiden nimet ja osoitteet				
URHEILU- TAPATURMAT	Onko kyseessä urheiluliiton /-seuran ottelu tai siihen liittyvä harjoitus? <input type="checkbox"/> Kyllä, mikä ottelu / harjoitus <input type="checkbox"/> Ei, mikä muu?				
TYÖKYVYTTÖMYYS- AIKA JA HOITOTIEDOT	Lääkärin hoidon alkamispäivä	Lääkärin, sairaalan tai hoitolaitoksen nimi			
MUU VAKUUTUSTURVA	Oletteko hakeneet korvausta työtapaturma- tai liikennevakuutuslain perusteella? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä				
LISÄTIETOJA					
LIITTEET	Lääkärinlausuntoja kpl	Tositteita kpl	Kuolintodistus kpl	Virkatodistus kpl	Valtakirjoja kpl
ALLEKIRJOITUS	Sallin niiden, joilla on korvausasian käsittelymisen kannalta tarpeellisia tietoja minusta ja terveydentilastani, antavan näitä tietoja tätä vahinkoa käsittelevälle vakuutusyhtiölle. Paikka, aika ja vakuutetun, hänen holhoojansa tai muun korvauksenhakijan allekirjoitus				

**VALTAKIRJA VAKUUTUSYHTIÖLLE SAIRAANHOITOKULUJEN ANOMISEKSI
JA HAKEMISEKSI KANSANELÄKELAITOKSELTA**
(täytetään, jos sairaanhoitokulujen osalta ei ole haettu kansaneläkelaitoksen korvausta)

HENKILÖTIEDOT	Vakuutetun nimi		Henkilötunnus
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Tämä valtakirja liittyy liitteenä olevaan vahinkoon Vahinkopäivämäärä		Vammanlaatu
ALLEKIRJOITUS	Vakuutan, että kustannusten aiheena ei ollut liikennevahinko, työtapaturma eikä ammattitauti enkä ole saanut korvausta muualta. Haluan, että korvaus maksetaan vakuutusyhtiö Pankkitilille nro Paikka, aika ja vakuutetun tai hänen edustajansa allekirjoitus		