

TAPATURMA- JA SAIRAUSILMOITUS

- Yrityksen yksityistapaturmavakuutus
 Yrityksen matkustajavakuutus
 Yrityksen komennusmatkavakuutus
 Kansainvälinen komennusmatkavakuutus



TÄYTTÖOHJEITA KÄÄNTÖPUOLELLA

		Vakuutusnumero	
VAHINGOIT- TUNUT/ SAIRASTU- NUT	Nimi	Henkilötunnus	
	Jakeluosoite	Postinumero	Osoitetoimipaikka
	Arvo tai ammatti		
jos ette, niin minkä maan?			
Kuulutteko Suomen sairausvakuutuksen piiriin? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä			
VALTA- KIRJA	Valtuutan If Vahinkovakuutusyhtiö Oy:n maksamiensa sairaanhoitokulujen osalta hakemaan, nostamaan ja kuittaamaan puolestani sairausvakuutuslain mukaisen korvauksen sairaanhoitokuluista. Valtakirja on voimassa toistaiseksi.		
	Paikka ja päiväys	Valtuuttajan (holhoojan) allekirjoitus	
VAKUU- TUKSEN- OTTAJA (työnantaja)	Nimi		
	Jakeluosoite	Postinumero ja -toimipaikka	Puhelinnumero
	Kenelle korvaus maksetaan		
KORVAUK- SEN MAKSA- MINEN	Osoite	Pankin nimi ja osoite, jos ulkomainen pankki	
		Tilinumero	SWIFT tai kansallinen koodi
VAKUUTUS- TAPAHTU- MAN TIEDOT	<input type="checkbox"/> Vapaa-ajan tapaturma <input type="checkbox"/> Sairaus <input type="checkbox"/> Terveystieteiden hoito <input type="checkbox"/> Työtapaturma <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
	Tapaturman sattumispäivä tai sairauden oireiden toteamispäivä	Kellonaika	Paikka
MATKALLA SATTUNUTTA SAIRAUTTA TAI TAPATURMAA KOSKEVAT TIEDOT	Selostus tapaturman kulusta ja siitä mitä vahingoittunut teki tapaturman sattuessa. Sairaustapauksessa tarkka selostus siitä, miten sairauden oireet ilmenivät, tai terveydenhoitokuluista tarkka selvitys		
Mikäli toinen henkilö aiheutti tapaturman, nimi ja osoite			
Tapaturman silminnäkijät ja heidän osoitteensa			
Oliko vahingoittunut päihdyttävien tai huumaavien aineiden vaikutuksen alaisena?		<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Onko poliisitutkinta pidetty <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä
MATKAN TIEDOT	Matkan alkamispäivä	Matkan suunniteltu päättymispäivä	Matkan todellinen päättymispäivä
	<input type="checkbox"/> Työ- tai virkamatka, jonka kustannukset työnantaja maksaa <input type="checkbox"/> Vapaa-ajan matka		
KOMENNUS- MATKAA KOSKEVAT TIEDOT	Vahingoittuneen tai sairastuneen työsuhtetiedot vakuutusentittajaan	Työkomennus sovittu ajaksi	
		Vahingoittunut on matkalla mukana <input type="checkbox"/> oleva perheenjäsen	Kansalaisuus
VAMMAN TAI SAIRAU- DEN HOITO	Milloin vahingoittunut kääntyi ensi kerran lääkärin puoleen?	Lääkärin nimi ja osoite	
	Hoidettiin vahingoittunutta sairaalassa? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Missä sairaalassa, nimi ja osoite	
Postiosoite		Toimisto	Puhelin
IF VAHINKOVAKUUTUSYHTIÖ OY		Vattuniemenkuja 8 A	Telefax
Vattuniemenkuja 8 A, FIN-00025 IF, FINLAND		LAUTTASAARI-HELSINKI	+ 358 10 51512 + 358 10 514 5842
Krnro 790.01€ Y-tunnus 1614120-3			

- Täytä lomake jokaisesta perheenjäsenestä ja vakuutustapahtumasta erikseen
- Vastaa kaikkiin kysymyksiin
- Kirjoita selvästi, kenelle korvaus maksetaan
- Ulkomaisen pankin tietoihin kirjoita pankin SWIFT-koodi (saa pankista) tai kansallinen koodi, esim. Saksassa BLZ, Englannissa SC jne.
- Ilmoita sairauden/tapaturman sattumispäivä
- Selosta kohdassa " Vakuutustapahtuman tiedot" lääkarissäkäynnin syy
- Täytä ja allekirjoita myös valtakirja, jos kuulut Suomen sairausvakuutuslain piiriin

LIITÄ KORVAUSHAKEMUKSEEN

- Lääkärinlausunto. Lievissä tapauksissa tarvitaan vähintään diagnoosi lääkäripalkkiokuitissa
- Alkuperäiset tositteet; lääkkeistä sekä resepti että apteekin kuitti

AIKAISEM- MAT SAIRAUDET JA VIAT	Onko vakuutetulla aikaisemmin ollut sama sairaus tai onko teillä ollut samanlaisia oireita		
	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> kyllä	milloin?
	Lääkäri, jonka hoidossa vakuutettu on niiden johdosta ollut		
SAIRAA- HOITO- KULUT	KAIKKI TOSITTEET ON LÄHETETTÄVÄ ALKUPERÄISINÄ		
		MÄÄRÄ	VALUUTTA
			LIITE
	LÄÄKÄRIN PALKKIOT		
	MATKAKULUT		
	LÄÄKKEET		
	MUUT SAIRAAHOITOKULUT		
MATKAN KESKEYTY- MISESTÄ TAI PE- RUUNTUMI- SESTA AI- HEUTUNEET KULUT	YLIMÄÄRÄISET MATKAKULUT		
	YLIMÄÄRÄISET MAJOITUSKULUT		
	MUUT KULUT		
MUUT VA- KUUTUKSET	Haetaanko tämän vahingon johdosta korvausta myös muun vakuutuksen perusteella		
	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> kyllä	yhtiö
LISÄTIEDOT	Lisätietoja antaa		E-mail
	Puhelinnumero työaikana		Telefax
	Vahinkoilmoitus lähetetään vakuutuksenottajalle/työnantajalle, joka toimittaa sen edelleen If Vahinkovakuutusyhtiöön. Mikäli lomake sisältää sellaista tietoa, jonka ei haluta tulevan vakuutuksenottajan/työnantajan tietoon, sen voi lähettää suoraan osoitteella: If Vahinkovakuutusyhtiö Oy, Yrityksen matkavakuutukset, Vattuniemenkuja 8 A, FIN-00025 IF		
VAHINGOIT- TUNEEN/ SAIRASTU- NEEN ALLE- KIRJOITUS	Tässä ilmoituksessa annetut tiedot vakuutan oikeiksi. Niiden lääkärin, sairaaloiden, kansaneläkelaitoksen ja muiden laitosten henkilöiden, joilla on tietoja minusta ja terveydentilastani, sallin antaa yhtiölle tämän hakemuksen käsittelemistä varten yhtiön tarpeelliseksi katsomia selvityksiä.		
	Paikka ja päiväys	Korvauksenhakijan allekirjoitus	
TYÖN- ANTAJAN ALLE- KIRJOITUS	Vahvistan, että vahingon sattuessa vahingoittunut/sairastunut oli työsuhteessa yllä mainitun vakuutuksenottajaan ja kuuluu vakuutuksen piiriin sekä että tiedot virkamatkasta ovat oikeat.		
	Paikka ja päiväys	Vakuutuksenottajan (=työnantajan) edustajan allekirjoitus	