



TAPATURMAN JA SAIRAUDEN KORVAUSHAKEMUS

- Yrityksen matkavakuutus
 Yrityksen komennusmatkavakuutus
 Yrityksen tapaturma- ja sairaanhoitovakuutus

- Haet korvausta kätevimmin sähköisellä lomakkeella www.if.fi/travel
- Jos joudut käyttämään tätä lomaketta, täytä oma lomake jokaisesta vahingosta ja vakuutetusta erikseen.
- Kulutusitteita ei tarvitse lähettää, vaan pyydämme niitä tarvittaessa. Säilytä niitä kuitenkin kuusi kuukautta.
- Voit liittää hakemukseen mukaan lääkärintlausunnon 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 2026, FIN-20025 IF

Vakuutus-numero	Vakuutusnumero		
Vahingoittunut/sairastunut	Nimi		Henkilötunnus
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelinnumero	Sähköpostiosoite	
Vakuutuksen-ottaja (työnantaja)	Nimi		
	Yhteys henkilön nimi ja yhteystiedot (puhelinnumero ja sähköposti)		
Matkan tiedot	Matkakohde		
	Matkan alkamispäivä	Matkan suunniteltu päättymispäivä	Matkan todellinen päättymispäivä
	<input type="checkbox"/> Työ- tai virkamatka <input type="checkbox"/> Vapaa-ajan matka <input type="checkbox"/> Komennuksella tehty työ- tai vapaa-ajan matka		
Komennus-matkaa koskevat tiedot	Komennusmaa	Vahingoittuneen tai sairastuneen työsuhdetiedot vakuutuksenottajaan	
	Työkomennus sovittu ajaksi		
Matkalla/komennuksella sattunutta sairautta tai tapaturmaa koskevat tiedot	<input type="checkbox"/> Vapaa-ajan tapaturma <input type="checkbox"/> Sairaus <input type="checkbox"/> Komennusvakuutuksen terveydenhoito <input type="checkbox"/> Työtapaturma <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
	Tapaturman sattumispäivä tai sairauden oireiden alkamispäivä	Kellonaika	Vahingon sattumismaa ja -paikka
	Selostus tapaturman kulusta ja siitä mitä vahingoittunut teki tapaturman sattuessa. Sairaustapauksessa kerro sairauden laatu ja miten sen oireet ilmenivät. Komennusvakuutuksen terveydenhoitolisässä yksilöi tehdyt toimenpiteet. Matkan peruuntumisessa tai keskeytymisessä kerro siihen johtaneet syyt		
	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	Poliisitutkinnan paikka ja aika
Vamman tai sairauden 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 vakuutetulla ollut samaa sairautta/vammaa tai samanlaisia oireita aiemmin?		
	Jos kyllä, missä, milloin ja miten sairautta/vammaa tai sen oireita on hoidettu?		

Sairaanhoidokulut	Yksilöi hoitokulut taulukkoon	Selite kulusta	Kulun aiheutumispäivä	Kulun määrä ja valuutta	Onko Kela-vähennys tehty (kyllä/ei)
	Lääkäripalkkio				
	Tutkimus- ja hoitokulut				
	Lääkkeet				
	Sairaalamaksu				
	Fysikaalinen hoito				
	Hammashoito				
	Hoitoon liittyvät matkakulut				
	Muut hoitokulut				
Matkan keskeytymisestä tai peruuntumisesta aiheutuneet kulut	Milloin matka varattiin?		Milloin matka peruttiin?		
	Matkan alkuperäinen hinta ja valuutta		Matkan järjestäjältä saatu hyvitys ja valuutta		
	Yksilöi hoitokulut taulukkoon	Selite kulusta	Kulun aiheutumispäivä	Kulun määrä ja valuutta	
	Ylimääräiset matkakulut				
	Ylimääräiset majoituskulut				
	Muut kulut				
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				
Vahingoittuneen/sairastuneen allekirjoitus ja valtakirja	Vahivistan 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				