

**TIEDOT VAKUUTETUSTA**

Lainasopimusnumero	
Vakuutetun nimi	Henkilötunnus
Osoite	Postinumero- ja paikka
Puhelinnumero päivisin (myös suuntanumero)	Sähköpostiosoite

**TYÖKYVYTTÖMYYS**

Työkyvyttömyyden syy	<input type="checkbox"/> Sairaus <input type="checkbox"/> Tapaturma	Sairasloman kesto (alku-loppu)
----------------------	---	--------------------------------

**SAIRAUS**

Selvitys sairaudesta ja sen oireista		
Sairauden ilmenemispäivä		Ensimmäinen hoidossakäyntipäivä
Onko samanlaista sairautta ollut aikaisemmin?	<input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> KYLLÄ	Jos kyllä, koska? - (pvä/kk/vuosi)
Selvitys aikaisemmasta sairaudesta ja sen oireista		
Aikaisemmat hoitopaikat/lääkärit ja hoitoajat		

**TAPATURMA**

Tapahtuma-aika - (pvä/kk/vuosi)		
Tapahtumapaikka		
Mahdollisimman tarkka selostus tapaturman sattumisesta		
Vahingoittunut kehon osa		
Onko sama kehon osa vahingoittunut aikaisemmin?	<input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> KYLLÄ	Jos kyllä, koska? - (pvä/kk/vuosi)
Selvitys aikaisemmasta vammasta		
Aikaisemmat hoitopaikat/lääkärit ja hoitoajat		

## VAMMAAN LIITTYVÄÄ TIETOA - (tämä osuus on aina täytettävä)

Ensimmäinen hoidossakäyntipäivä - (pvä/kk/vuosi)	Lääkärin/hoitolaitoksen nimi
Osoite	Postinumero- ja paikka
Nykyisen lääkärin nimi joka hoitaa hakemukseen liittyvää vammaa	Hoitolaitoksen nimi
Osoite	Postinumero- ja paikka
Oletko ollut sairaalahoidossa kyseisen vamman takia? <b>Lääkärintodistus liitettävä tähän hakemukseen</b>	Jos kyllä, missä sairaalassa?
<input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> KYLLÄ	
Sairaalahoitoajan ajankohta (alku - loppu) - (pvä/kk/vuosi)	
Milloin arvelet voitavasi palata takaisin työhön? - (pvä/kk/vuosi)	Missä laajuudessa?

## TYÖSUHDETTA KOSKEVAT TIEDOT

<input type="checkbox"/> Toistaiseksi voimassa oleva työsuhde <input type="checkbox"/> Yrittäjä <input type="checkbox"/> Ammatinharjoittaja	Ajankohta (alku - loppu) - (pvä/kk/vuosi)	Viikottainen työtuntien määrä
Työnantajan/Yrityksen nimi		
Osoite	Postinumero- ja paikka	
Työnantajan puhelinnumero	Työtehtävä yrityksessä	

### HUOMIO!

#### Hakemukseen liitettävät asiakirjat:

- Lääkärintodistukset
- Kelan päätös sairauspäivärahan maksamisesta

## Suostumus terveystietojen käsittelyyn:

Suostun siihen, että BNP Paribas Cardif käsittelee terveystietojani korvaushakemuksen selvittämiseksi. Jos suostumusta ei anneta, korvaushakemusta ei voida käsitellä. Tietoa siitä kuinka käsittelemme henkilötietojasi löydät osoitteesta [www.bnpparibascardif.se/henkilotiedot](http://www.bnpparibascardif.se/henkilotiedot).

## ALLEKIRJOITUS - Tarkista, että korvaushakemuslomakkeen kaikki kohdat on täytetty ja kaikki liitteet ovat hakemuksen mukana

### Minä, VAKUUTETTU

Valtuutan Kansaneläkelaitoksen, vero toimistot, lääkärit, hoitolaitokset, sairaalat, terveystieteiden keskus, työterveyskeskukset, mielenterveystoimistot, vakuutusyhtiöt ja luotonantajan antamaan ja vastaanottamaan tietoja vakuutetun terveydestä, kyseisestä lainasta johon tämän vakuutus on sidottu sekä lisäksi muita tarvittavia tietoja tämän korvaushakemuksen tueksi ja selvittämiseksi.

Annann yllä olevan suostumuksen ja vakuutan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi.

Paikka	Päivämäärä	Allekirjoitus
Henkilötunnus		Nimenselvennys

## PALAUTA LOMAKE OSOITTEESEEN:

BNP PARIBAS CARDIF, RANTATIE BUSINESS PARK, HERMANNIN RANTATIE 8, 00580 HELSINKI

Lainavakuutuksesta vastaa BNP Paribas Cardif Försäkring AB (org.nr 516406-0567) ja BNP Paribas Cardif Livförsäkring AB (org.nr 516406-0559), Box 24110, 400 22 Göteborg, Ruotsi