



TIEDOT VAKUUTETUSTA

Kortin numero	
Vakuutetun nimi	Henkilötunnus
Osoite	Postinumero ja paikka
Puhelinnumero päivisin (myös suuntanumero)	Sähköpostiosoite

HUOMIO!

Hakemukseen liitettävät asiakirjat

- Lääkärintodistukset
- Kelan päätös sairauspäivärahan maksamisesta

SAIRAUUS

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

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? Lääkärintodistus liitettävä tähän hakemukseen EI <input type="checkbox"/> KYLLÄ <input type="checkbox"/>	Jos kyllä, missä sairaalassa?
Sairaalahoitoajan ajankohta (alku - loppu) (pvä/kk/vuosi)	
Millon arvelet voitasi palata takaisin työhön? (pvä/kk/vuosi)	Missä laajuudessa?

TYÖSUHDETTA KOSKEVAT TIEDOT

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

LISÄTIETOJA

Suostumus terveystietojen käsittelyyn: Tietoa siitä kuinka käsittelemme henkilötietoja löydät osoitteesta www.bnpparibascardif.se/henkilotiedot

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

Minä, VAKUUTETTU

Valtuutan Kansaneläkelaitoksen, työnantajan, työttömyyskassan, veroimistot, lääkärit, hoitolaitokset, sairaalat, terveyskeskukset, työterveyskeskukset, mielenterveystoimistot, eläkelaitokset ja vakuutusyhtiöt antamaan ja vastaanottamaan tietoja terveydestäni, sekä lisäksi muita tarvittavia tietoja tämän korvaushakemuksen tueksi ja selvittämiseksi. Valtuutan myös luotonantajan, antamaan tietoja kyseisestä luotosta johon tämä vakuutus on sidottu.

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

Paikka	Päivämäärä	Allekirjoitus
Henkilötunnus		Nimenselvennys

PALAUTA LOMAKE OSOITTEESEEN:

BNP PARIBAS CARDIF, C/O CRAWFORD & COMPANY, 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