



TIEDOT VAKUUTETUSTA

Lainan sopimusnumero	
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) (pvä/kk/vuosi)
----------------------	---	---

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 (nimi ja paikka)		

TAPATURMA

Tapahtuma-aika (pvä/kk/vuosi)		
Loukkaantumispaiikka ja -aika		
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 tai sairaudesta		
Aikaisemmat hoitopaikat/lääkärit ja hoitoajat (nimi ja paikka)		

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? Lääkärintodistus liitettävä tähän hakemukseen	EI <input type="checkbox"/> KYLLÄ <input type="checkbox"/>
Jos kyllä, missä sairaalassa?	
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 tai 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: 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, työnantajani, työttömyyskassan, verotoimistot, lääkärit, hoitolaitokset, sairaalat, terveyskeskukset, työterveyskeskukset, mielenterveyslaitokset, 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