



## VAKUUTUSSOPIMUSTA KOSKEVAT TIEDOT

Lainan sopimusnumero	
Vakuutettu	Henkilötunnus
Osoite	Postinumero ja paikka

### HUOMIO!

#### Hakemuksen mukana lähetettävät liitteet

- Kuolintodistus tai muu asiakirja, josta ilmenee kuolinsyy ja kuolinpäivä
- Potilastiedot/Lääkärintlausunnot/Poliisin laatima tutkintapöytäkirja
- Todistus Kelan maksamista etuuksista viimeisten viiden vuoden aikana

## TIEDOT KUOLEMANTAPAUksesta

Kuolinpäivä (pvä/kk/vuosi)
----------------------------

### Kuolinsyy

<input type="checkbox"/> Kuolemantapaus sairauden vuoksi, <b>mikä sairaus on kyseessä?</b>	Milloin sairauden ensimmäiset oireet on havaittu? (Vuosi/Kuukausi)
<input type="checkbox"/> Kuolemantapaus tapaturman vuoksi, <b>mikä tapaturma on kyseessä?</b>	Milloin tapaturma sattui? (Vuosi/Kuukausi)
<input type="checkbox"/> Muu syy, <b>mikä?</b>	

### Missä hoitolaitoksissa vakuutettua hoidettiin kuolemantapaukseen liittyen?

Hoitolaitoksen nimi	
Osoite	Postinumero ja paikka
Hoitolaitoksen nimi	
Osoite	Postinumero ja paikka

## TIEDOT AIKAISEMMISTA SAIRAUksista/TAPATURMISTA

Onko vakuutettua aikaisemmin hoidettu saman tai vastaavan sairauden tai tapaturman vuoksi?	EI <input type="checkbox"/>	KYLLÄ <input type="checkbox"/>	EI TIEDOSSA <input type="checkbox"/>	Jos kyllä, koska? (pvä/kk/vuosi)
Jos kyllä, mikä sairaus tai tapaturma oli kyseessä?				

### Hoitavat sairaanhoitolaitokset ja/tai terveyskeskukset

Hoitolaitoksen nimi	
Osoite	Postinumero ja paikka
Hoitolaitoksen nimi	
Osoite	Postinumero ja paikka

Vakuutetun nimi	Henkilötunnus
-----------------	---------------

## TIEDOT JULKISESTA JA/TAI YKSITYISESTÄ TERVEYDENHUOLLOSTA

Minkä julkisen ja/tai yksityisen terveyshuollon asiakas vakuutettu oli? (Nimi ja paikka)

## TIEDOT VIIMEISIMMÄSTÄ TYÖSUHTEESTA

<input type="checkbox"/> Toistaiseksi voimassa oleva työsuhde	<input type="checkbox"/> Koeajalla asti (pvä/kk/vuosi):	
<input type="checkbox"/> Määräaikainen työsopimus (sopimuksen viimeinen voimassaolo päivä):	<input type="checkbox"/> Muu työsuhde	<input type="checkbox"/> Yrittäjä tai ammatinharjoittaja
Työnantajan/yrityksen nimi	Työsuhteen voimassaolo (alku – loppu) (pvä/kk/vuosi)	

## LISÄTIETOJA


## KUOLINPESÄN EDUSTAJA

Nimi	Hakijan suhde edesmenneeseen (esim. sukulaisuus)
Osoite	Postinumero ja paikka
Puhelinnumero päivisin (myös suunanumero)	Sähköpostiosoite

**Henkilötietojen käsittely:** 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

### Kuolinpesän edustajana allekirjoitus

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

**Annan yllä olevaan suostumuksen ja vakuutan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi ja täydellisiksi.**

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