

**TIEDOT VAKUUTETUSTA**

Kortin numero	
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		

LIITTYVÄÄ TIETOA - (tämä osuus on aina täytettävä)

Ensimmäinen hoidossakäyntipäivä - (pvä/kk/vuosi)	Lääkäri/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	<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: 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 verotoimistot, lääkärit, hoitolaitokset, sairaalat, terveyskeskukset, työterveyskeskukset, mielenterveystoimistot, vakuutusyhtiöt ja luotonantajan antamaan ja vastaanottamaan tietoja vakuutetun terveydestä, kyseisestä luotosta johon tämän vakuutus on sidottu sekä lisäksi muita tarvittavia tietoja tämän korvaushakemuksen tueksi ja selvittämiseksi.

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