

**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

SAIRAUS

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)	
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	

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 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