



## KORVAUSHAKEMUKSEN TÄYTTÖOHJE Yksityis- ja urheilutapaturma

Täyttäkää jokainen korvaushakemuksessa oleva kohta huolellisesti ja tarkistakaa esitetyt tietojen oikeellisuus. Näin välttätte lisätiedusteluilta, ja ratkaisu nopeutuu.

**Eriyisen tärkeää on selvittää tapaturmatiedot-kohdassa, miten ja mistä syystä vahinko sattui.**

### Korvaushakemuksen liitteet

Liittäkää mukaan

- sairauskertomus
- hammastapaturmista hammaslääkärintausunto ja hoitoehdotus kustannusarvioineen
- hoitokuluista alkuperäiset kuitit/laskut tai sairausvakuutuksen tositteet
- matkakuluhakemus (tarvittaessa)
- liikennevahingoissa tai toisen henkilön aiheuttamassa vahingossa kopio rikosilmoituksesta tai poliisitutkintapöytäkirjasta.

Korvausta on haettava Fennialta kirjallisesti tai sähköisesti kirjallisessa muodossa vuoden kuluessa siitä, kun korvauksen hakija on saanut tietää vakuutuksen voimassaolosta, vakuutustapahtumasta ja vakuutustapahtumasta aiheutuneesta vahinkoseuraamuksesta. Korvausvaatimus on joka tapauksessa esitettävä 10 vuoden kuluessa vakuutustapahtumasta tai jos vakuutus on otettu henkilövahingon tai vahingonkorvausvelvollisuuden varalta, vahinkoseuraamuksen aiheutumisesta. Korvausvaatimuksen esittämiseen rinnastetaan ilmoituksen tekeminen vakuutustapahtumasta. Jos korvausvaatimusta ei esitetä säädettyssä ajassa, korvauksen hakija menettää oikeutensa korvaukseen. (Vakuutusehdot kohta 11.2)

**SAIRAANHOITOKULUISTA ON HAETTAVA KORVAUSTA  
ENSISIJAJAISESTI KANSANELÄKELAITOKSEN PAIKALLISTOIMISTOSTA**

		Vakuutusnumero		
		Käsittelytunnus		
<b>HENKILÖTIEDOT</b>	Nimi		Henkilötunnus	
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka	
	Sähköpostiosoite		Puhelin 8 - 16	
	Ammatti	Työnantaja		
<b>VAKUUTUSTIEDOT</b>	Vakuutusnottajan täydellinen nimi	Jos vakuutusnottaja on yritys, ilmoitetaan yrityksen virallinen nimi Y-tunnuksineen	Y-tunnus	
<b>PANKKIYHTEYS</b>	Henkilö tai yritys, jonka tilille korvas maksetaan			
	Pankin ja konttorin nimi		Täydellinen tilinumero	
<b>TAPATURMATIEDOT</b>	Tapaturma sattui pvm	klo	Lopetittako työnne tapaturman satuttua? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Heti <input type="checkbox"/> Myöhemmin, pvm ja klo	Tapahtumapaikka
	Tapaturma sattui			
	<input type="checkbox"/> Ansiotyössä itsenäisenä yrittäjänä <input type="checkbox"/> Toisen työssä tai työmatkalla <input type="checkbox"/> Vapaa-aikana <input type="checkbox"/> Oppilaitoksessa tai matkalla tai siihen liittyvällä työmatkalla			
	<b>Miten tapaturma sattui? Kertokaa, mitä tapahtui ja miksi.</b>			
Kehonosa <input type="checkbox"/> oikea <input type="checkbox"/> vasen				
Silminnäköiden nimet ja osoitteet			Puhelin	
Olitteko tapaturman sattuessa alkoholin tai muun huumaavan aineen vaikutuksen alaisena? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, nautittu määrä		aika	Onko poliisitutkinta pidetty? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Kihlakunnan tai poliisilaitoksen nimi
<b>VAMMAN NIMI</b>	Vamman nimi			
<b>AIKAISEMMAT SAIRAUDET TAI VIAT</b>	Ennen tapaturmaa olleet viat ja sairaudet			
Lääkäri, jonka hoidossa olette ollut niiden johdosta		Milloin		
<b>VAMMAN HOITO</b>	Milloin menitte ensi kerran lääkäriin?	Hoitolaitoksen ja lääkärin nimi		
	Hoidettiinko Teitä sairaalassa? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Missä sairaalassa?		
	Kuka lääkäri hoiti Teitä sairaalassa?			
<b>TYÖKYVYTTÖMYYS</b>	Oletteko ollut tapaturman johdosta poissa työstä? Kokonaan <input type="checkbox"/> työkyvyttömyysaika		Osittain <input type="checkbox"/> aika	
<b>AIKAISEMMAT KORVAUKSET</b>	Oletteko saanut jostakin yhtiöstä korvausta aikaisemmin sattuneen tapaturman vuoksi? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Yhtiön nimi	Korvausvuosi	
<b>MUUT KORVAUKSET</b>	Haetteko tämän tapaturman johdosta korvausta jostain muusta vakuutusyhtiöstä? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Minkä vakuutuksen perusteella?	Yhtiö	
<b>ALLEKIRJOITUS</b>	Vakuutusyhtiöihin kohdistuvan rikollisuuden torjumiseksi ilmoitamme vahingosta <b>vakuutusyhtiöiden yhteiseen tietojärjestelmään</b> . (Tämä koskee luonnollista henkilöä.) Vakuutusyhtiöt käyttävät näin saamia tietoja <b>ainoastaan korvauskäsittelyn yhteydessä</b> tarkistaessaan mitä vahinkoja muille yhtiöille on ilmoitettu. Ilmoitan suostuvani siihen, että minua tutkineet ja hoitaneet lääkärit, sairaalat, terveyskeskukset, neuvolat, työterveyshuollon yksiköt, mielenterveystoimistot ja yksityiset sairaanhoitolaitokset sekä toiset vakuutusyhtiöt ja vakuutus- ja eläkelaitokset antavat Fennialle korvausasian käsittelemistä varten tarpeellisia terveydentilaani koskevia henkilötietoja. Tarvittavien tietojen hankkimiseksi vakuutusyhtiö voi luovuttaa edellä mainituille tahoille terveydentilaani ja vakuutustani koskevia yksilöityjä tietoja.			
	Vakuutan annetut tiedot oikeiksi Paikka ja päiväys	15 vuotta täyttäneen vakuutetun tai muussa tapauksessa huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys		





## KORVAUSHAKEMUS JA VALTAKIRJA

Täyttäkää tämä valtakirja, jos haluatte Fennian maksavan Teille sairaanhoitokuluista myös sairausvakuutuslain mukaisen korvauksen. Tällöin Kansaneläkelaitos maksaa korvauksen Fennialle.

Pyydämme Teitä valtuutuksessanne huomioimaan, että haemme Kelalta sairausvakuutuslain mukaisen korvauksen palveluntuottajalle maksetuista kokonaiskustannuksista. Nämä kokonaiskustannukset ja siten Kelalta meille jäävä korvaus sisältävät myös Teidän vakuutus sopimuksen mukaisen omavastuusuutenne.

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja valtuutan Keskinäisen Vakuutusyhtiö Fennian hakemaan ja saamaan tämän vahinkotapahtuman perusteella maksettavat sairausvakuutuslain mukaiset korvaukset.			
<b>VALTUUTETTU</b>	Valtuutettu <b>Keskinäinen Vakuutusyhtiö Fennia</b> <b>Henkilökorvaukset</b>	Y-tunnus <b>0196826-7</b>	Käsittelytunnus (Fennia täyttää)
<b>KUSTANNUKSET</b>	Ovatko kustannukset aiheutuneet <input type="checkbox"/> liikennevahingosta <input type="checkbox"/> työtapaturmasta		
<b>VALTUUTTAJA</b>	Vakuutetun nimi	Vakuutetun henkilötunnus	
<b>ALLEKIRJOITUS</b>	Paikka ja päiväys	Vakuutetun, hänen huoltajansa tai edunvalvojansa allekirjoitus ja nimenselvennys	