

**KORVAUSHAKEMUS**

Luoton takaisinmaksuturva

Tapaturmainen pysyvä haitta (kertakorvaus)

Financial Assurance Company Limited, Y-tunnus 1915572-3 (osa AXAa)  
OP-Henkivakuutus Oy, Y-tunnus 1030059-2**Vakuutusyhtiö täyttää**

1 (3)

| Alkaa | Päättyy | Laji | Vahinkonumero |
|-------|---------|------|---------------|
|       |         |      |               |
|       |         |      |               |

**HENKILÖTIEDOT Korvauksenhakija täyttää**

|                                           |                           |               |
|-------------------------------------------|---------------------------|---------------|
| Vakuutetun suku- ja etunimet              |                           | Henkilötunnus |
| Lähiosoite                                |                           |               |
| Postinumero ja -toimipaikka               | Puhelin kotiin / työhön / |               |
| Haetteko korvausta muusta yhtiöstä, mistä |                           |               |

**LUOTTOA KOSKEVAT TIEDOT Luotonantaja täyttää**

|                                                                                                                                   |                               |                             |                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Luotonantajan nimi                                                                                                                |                               | Y-tunnus                    |                                                                                                    |
| Postiosoite                                                                                                                       |                               | Postinumero ja -toimipaikka |                                                                                                    |
| Luoton nro                                                                                                                        | Luottosopimuksen alkamispäivä | Alkuperäinen luoton määrä   | Milloin viimeinen kuukausierä ennen vakuutetun tapaturmaisen pysyvän haitan toteamista on maksettu |
| Jos kuukausierä on maksamatta välittömästi ennen vakuutetun tapaturmaisen pysyvän haitan toteamista, ilmoittakaa niiden lukumäärä |                               |                             |                                                                                                    |
| IBAN-pankkitilinumero                                                                                                             |                               | Pankin BIC-koodi            | Kenen tili, jollei vakuutetun                                                                      |
| Toimihenkilön nimi, puhelin ja sähköpostiosoite                                                                                   |                               |                             |                                                                                                    |

**TAPATURMAA KOSKEVAT TIEDOT Korvauksenhakija täyttää**

|                                                                                                                |                                                       |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Tapaturman laatu                                                                                               | Tapahtumapaikka                                       | Milloin lääkärinhoito alkoi |
| Tapaturman sattumisajankohta                                                                                   |                                                       |                             |
| Missä hoito alkoi (hoitopaikan nimi ja osoite)                                                                 |                                                       |                             |
| Mikäli olette ollut sairaalahoidossa, ilmoittakaa sairaalan nimi ja sairaalassaoloaika                         |                                                       |                             |
| Oma kertomus tapaturmasta                                                                                      |                                                       |                             |
|                                                                                                                |                                                       |                             |
|                                                                                                                |                                                       |                             |
|                                                                                                                |                                                       |                             |
|                                                                                                                |                                                       |                             |
|                                                                                                                |                                                       |                             |
|                                                                                                                |                                                       |                             |
|                                                                                                                |                                                       |                             |
| Teitä nykyisin hoitavan lääkärin nimi ja toimipaikka                                                           |                                                       |                             |
| Jos olette ollut aikaisemmin saman vamman vuoksi hoidossa tai tutkimuksissa, täyttäkää alla pyydytetyt tiedot. |                                                       |                             |
| Sairausloma-ajat                                                                                               | Teitä hoitaneen lääkärin tai sairaalan nimi ja osoite |                             |
|                                                                                                                |                                                       |                             |
|                                                                                                                |                                                       |                             |
|                                                                                                                |                                                       |                             |

# KORVAUSHAKEMUS

2 (3)

Luoton takaisinmaksuturva

Tapaturmainen pysyvä haitta (kertakorvaus)

## KORVAUKSENHAKIJAN SITOUMUS JA VALTUUTUS

### SITOUMUS

Sitoudun käyttämään kaikki tämän hakemuksen perusteella maksettavat korvaukset luottoni maksamiseksi luottosopimuksessa mainitulle luotonantajalle. Hyväksyn, että vakuutuskorvaukseni maksetaan edellä sovitulle tilille, joka voidaan muuttaa vain luotonantajan ja allekirjoittaneen suostumuksella. Vakuutan, että kaikki antamani tiedot ovat oikein. Jos jokin edellä mainituista tiedoista, jotka olen antanut (tai joku muu asianmukaisesti valtuuttamani henkilö on puolestani antanut) on väärä, ymmärrän, että voin menettää oikeuteni korvauksiin ja vakuutusturvani voi päättyä.

### VALTUUTUS

Valtuutan AXAn ja OP-Henkivakuutus Oy:n tämän korvaushakemuksen käsittelemistä varten pyytämään ja vastaanottamaan tietoja terveydestäni ja ammatistani sekä muita tarvittavia tietoja työnantajaltani, edellisiltä työnantajilta, Kansaneläkelaitokselta, minua tutkineilta ja hoitaneilta lääkäreiltä, sairaaloilta, terveyskeskuksilta, mielenterveystoimistoilta, vakuutusyhtiöiltä, veroviranomaisilta ja luotonantajalta.

Korvaushakemuksen käsitteijänä toimii AXA, joka ilmoittaa kaikista korvauspäätöksistä OP-Henkivakuutus Oy:lle ja luotonantajalle sekä sitoutuu maksamaan korvaukset vain edellä sovitulle tilille.

Tästä valtuutuksesta voidaan ottaa kopioita.

Päivämäärä ja paikkakunta

Vakuutetun allekirjoitus

Nimenselvennys

## KORVAUSHAKEMUKSEN LIITTEET (jäljennökset)

- Lääkärintodistukset (tapaturman alusta lähtien) tapaturmaa, sen tutkimusta ja hoitoa koskevat sairauskertomukset ja lääkärinlausunnot
- Täyttäkää korvaushakemuksen kaikki kohdat huolellisesti, sillä emme voi käsitellä vaillaanaisesti täytettyjä hakemuksia.

Pyydämme lähettämään korvaushakemuksen liitteineen korvauskäsittelyä hoitavalle vakuutusyhtiölle osoitteeseen:

**AXA / Korvauspalvelut**  
**PL 67, 00501 Helsinki**

Lisätietoja korvauskäsittelystä saatte palvelunumerosta  
**010 802 841**

# KORVAUSHAKEMUS

Luoton takaisinmaksuturva  
Tapaturmainen pysyvä haitta (kertakorvaus)

3 (3)

## TAPATURMAISEN PYSYVÄN HAITAN KORVAUKSEN HAKUOHJE

**Ennen korvaushakemuksenne lähettämistä AXAlle olkaa hyvä ja tarkistakaa seuraavat asiat:**

1. Korvaushakemuksenne kaikki osat on täytetty ja olette **allekirjoittaneet** hakemuksen.
2. Olette liittänyt korvaushakemukseenne kopiot **kaikista** tähän vammaan liittyvistä sairauskertomuksista sekä lääkärinlausunnoista.

**Huomioikaa myöskin seuraavat asiat:**

3. Korvauskäsittelyä ei voida aloittaa ilman kaikkia **sairauskertomuksia ja lääkärinlausuntoja**.
4. Tapauksenne korvauskäsittely saattaa hieman pitkittyä mikäli vakuutusyhtiö tarvitsee terveydentilaanne liittyviä lisäselvityksiä teitä hoitaneilta tahoilta.