

Voit täyttää korvaushakemuksen myös verkossa: clp.partners.axa.fi/korvaushakemus tai vahinkoapu.pohjola.fi

Henkilö- ja yhteystiedot	Vakuutetun nimi		Henkilötunnus
	Osoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Sähköposti		Puhelin
	Lisäselvityspyynnöissä ottaa minuun yhteyttä ensisijaisesti ☐ kirjeitse ☐ sähköpostitse ☐ puhelimitse Huomioithan, että sähköpostiyhteys on suojaamaton. Tietosuojasystä emme lähetä sähköpostia, joka sisältää henkilötunnuksen tai muuta arkaluonteista tietoa (esim. sairauskertomus). Suostun siihen, että vakuutusyhtiö voi lähettää minulle korvausasiaani koskevia vakuutussalaisuuden alaisia viestejä yllä mainittuun sähköpostiini. Olen tietoinen, että yhteys on suojaamaton ja sähköpostijärjestelmän turvattomasta luonteesta johtuen vakuutusyhtiö ei voi taata sähköpostiviestinnän luotettavuutta. ☐ kyllä ☐ ei Olitko palkansaaaja tai yrittäjä vahinkopäivänä? ☐ Palkansaaaja, ammatti? ☐ Yrittäjä, mainitse Y-tunnus ja tehtävä yrityksessä		
Selvitys sairaudesta/ tapaturmasta	Mikä sairaus tai tapaturma on kyseessä?		
	Sairauden alkamis- tai tapaturman sattumispäivä?	Tapaturman tapahtumapaikka	
	Milloin sairausloma alkoi?	Hoitopaikan tai sairaalan nimi	
	Työterveyshuollon nimi ja osoite		
	Mistä alkaen olet käyttänyt kyseistä työterveyshuoltoa?		
	Oma kuvaus sairaudesta tai tapaturmasta		
	Oletko käynyt lääkärissä julkisessa tai yksityisessä terveydenhuollossa vakuutuksen alkamista edeltäneen 12 kk:n aikana? ☐ ei ☐ kyllä, selvitys alle Paikka, aika ja syy		
	Onko sinulla säännöllistä lääkärin määräämää lääkitystä (esim. verenpainelääkitys)? ☐ ei ☐ kyllä (selvitys alle) Mikä lääkitys ja mistä alkaen?		

Luoton tiedot ja tilitiedot korvauksen maksamista varten	Osuuspankin nimi		
	Osoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Vakuutetun luoton numero	Kuukausierä	
	Vakuutetun luoton numero	Kuukausierä	
	Vakuutetun luoton numero	Kuukausierä	
	IBAN-pankkitilinumero Osuuspankissa FI		
	Pankin toimihenkilön nimi, puhelin ja sähköpostiosoite (ei pakollinen tieto)		
Korvaus- hakemuksen liitteet	Tarkista vielä ennen korvaushakemuksen lähettämistä seuraavat asiat: ☐ Korvaushakemuksen kaikki kohdat on täytetty. ☐ Korvaushakemus on allekirjoitettu. Seuraavat liitteet (kopiot) ovat hakemuksen mukana ☐ Lääkärintodistus sairauden tai tapaturman alusta lähtien. Lääkärintodistuksesta tulee ilmetä diagnoosi sekä työkyvyttömyysaika. ☐ Muut mahdolliset asiaan liittyvät sairauskertomukset ja lääkärintodistukset. ☐ Kuluvan vuoden verokortti, josta ilmenee lisäprosentti tai muu verottajan tekemä verokortti tätä korvausta varten. ☐ Ei verokorttia. Minulta vähennetään korvauksesta 50 %:n ennakonpidätys.		
	Huomioithan seuraavat asiat: - Korvauskäsittely voidaan aloittaa, kun allekirjoitetun korvaushakemuksen lisäksi kaikki edellä mainitut liitteet on toimitettu. Saatuaamme hakemuksen liitteineen, käsittelemme sen ja lähetämme sinulle korvauspäätöksen postitse 14 vuorokauden kuluessa. Mikäli emme voi tehdä päätöstä toimitettujen asiakirjojen perusteella, pyydämme lisätietoja ja ilmoitamme asiasta sinulle. - Työkyvyttömyyden 14 ensimmäistä vuorokautta ovat omavastuuaikaa, jolta ei makseta korvausta. Yhtäjaksoisen omavastuuaajan jälkeen korvausta maksetaan jokaisesta työkyvyttömyyspäivästä sairauslomatoistuksen mukaisesti. - Huomioithan, että emme palauta alkuperäisiä asiakirjoja. Suosittelemme kopioiden lähettämistä yhtiöömme. - Lisätietoja korvauksen hakemisesta saat AXAn vakuutus- ja korvauspalvelusta puhelimitse puh. 010 802 842 (ma-to klo 9.00-19.00 ja pe klo 10.00-18.00) tai sähköpostitse asiakaspalvelu@partners.axa. Yleisiä ohjeita saat myös OP:n verkkosivuilta osoitteesta: vahinkoapu.pohjola.fi. - Pyydämme lähettämään korvaushakemuksen liitteineen osoitteeseen AXA / Korvauspalvelu, PL 67, 00501 Helsinki		

Korvauksen- hakijan sitoumus, valtuutus ja allekirjoitus	Sitoumus ja valtuutus
	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.
	Valtuutan AXAn tämän korvaushakemuksen käsittelemistä varten pyytämään ja vastaanottamaan tietoja ammatistani ja terveydestäni sekä muita tarvittavia tietoja työnantajaltani, edellisiltä työnantajiltani, työvoimaviranomaisilta, työttömyyskassoilta, Kansaneläkelaitokselta, verotoimistoista, lääkäreiltä, sairaaloilta, terveyskeskuksilta, mielenterveystoimistoilta, vakuutusyhtiöiltä ja luotonantajalta.
	AXA ilmoittaa luotonantajalle korvauksen maksamisen aloittamisesta sekä kielteisistä korvauspäätöksistä ja sitoutuu maksamaan korvaukset vain edellä sovitulle tilille.
	AXA käsittelee henkilötietoja henkilötietojen käsittelyä koskevien lakien ja säännösten sekä vakuutuslainsäädännön mukaisesti. AXAn tietosuojaselosteen ja muun tietosuojainformaation saat osoitteesta clp.partners.axa/fi/tietosuoja.
	Tästä valtuutuksesta voidaan ottaa kopioita.
	Henkilötunnus
	Paikka ja aika
	Vakuutetun allekirjoitus ja nimenselvennys