

Vakava sairaus Tapaturmainen pysyvä haitta

Henkilö- ja yhteystiedot	Vakuutetun nimi		Henkilötunnus
	Osoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Yrityksen nimi		Y-tunnus
	Vakuutetun sähköposti		Puhelin
	Lisäselvityspyynnöissä ottakaa minuun yhteyttä ensisijaisesti <input type="checkbox"/> kirjeitse <input type="checkbox"/> sähköpostitse <input type="checkbox"/> puhelimitse		
<p>Huomioithan, että sähköpostiyhteys on suojaamaton. Tietosuojasystä emme lähetä sähköpostia, joka sisältää henkilötunnuksen tai muuta arkaluonteista tietoa (esim. sairauskertomus).</p> <p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei</p>			
Selvitys sairaudesta tai tapaturmasta	Mikä sairaus tai tapaturma on kyseessä? (diagnoosi)		
	Sairauden alkamispäivä?	Tapaturman sattumispäivä?	Milloin lääkärinhoito alkoi?
	Hoitopaikan tai sairaalan nimi		
	Oma kuvaus sairaudesta tai tapaturmasta?		
	Jos olette ollut aikaisemmin saman vamman tai sairauden vuoksi hoidossa tai tutkimuksissa, täytä seuraavat tiedot		
	Hoitopaikan nimi ja osoite		Päivämäärä
	Työterveyshuollon nimi ja osoite		
	Mistä alkaen olet käyttänyt kyseistä työterveyshuoltoa?		
	Oletko käynyt lääkärissä julkisessa tai yksityisessä terveydenhuollossa vakuutuksen alkamista edeltäneen 12 kk:n aikana? <input type="checkbox"/> kyllä (selvitys alle) <input type="checkbox"/> ei		
	Selvitys, paikka, aika ja syy		
Onko sinulla säännöllistä lääkärin määräämää lääkitystä (esim. verenpainelääkitys) <input type="checkbox"/> kyllä (selvitys alle) <input type="checkbox"/> ei			
Mikä lääkitys ja mistä alkaen?			

Luottoa koskevat tiedot Luotonantaja täyttää	Osuuspankin nimi		
	Osoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Vakuutetun luotonnumero	Luottosopimuksen alkamispäivä	
	IBAN-pankkitilinumero Osuuspankissa FI		
	Pankin toimihenkilön nimi, puhelin ja sähköpostiosoite		
Korvaus- hakemuksen liitteet	Tarkista vielä ennen korvaushakemuksen lähettämistä seuraavat asiat: <input type="checkbox"/> Korvaushakemuksen kaikki kohdat on täytetty. <input type="checkbox"/> Korvaushakemus on allekirjoitettu.		
	Seuraavat liitteet (kopiot) ovat hakemuksen mukana <input type="checkbox"/> PAD-lausunto tai sairauskertomukset, joista käy ilmi sairauden diagnoosi ja sen toteamispäivä (syöpä). <input type="checkbox"/> Sairauskertomukset, joista käy ilmi toiminnanvajavuus ja haitan tarkka kuvaus (aivohalvaus). <input type="checkbox"/> Sairauskertomukset (sydäninfarkti, sepelvaltimoiden ohitusleikkaus, munuaisten vajaatoiminta, suuri elinsiirto, MS-tauti). <input type="checkbox"/> Sairauskertomukset, joista käy ilmi toiminnanvajavuus ja haitan tarkka kuvaus (tapaturmainen pysyvä haitta).		
Huomioithan seuraavat asiat:			
1. Korvauskäsittely voidaan aloittaa, kun allekirjoitetun korvaushakemuksen lisäksi kaikki edellä mainitut liitteet on toimitettu. Saatamme hakemuksen liitteineen, käsittelemme sen. Mikäli emme voi tehdä päätöstä toimitettujen asiakirjojen perusteella, pyydämme tarvittavia lisätietoja ja ilmoitamme asiasta sinulle. 2. Huomioithan, että emme palauta alkuperäisiä asiakirjoja. Suosittelemme kopioiden lähettämistä yhtiöömme. 3. Lisätietoja korvauksen hakemisesta saat korvauspalvelustamme puhelimitse 010 802 841 (ma-ke klo 9.00-16.30 ja to-pe klo 10.00-16.30) tai sähköpostitse clp.fi.korvaus@partners.axa. 4. Pyydämme lähettämään korvaushakemuksen liitteineen osoitteeseen AXA / Korvauspalvelu, PL 67, 00501 Helsinki			

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. Tästä valtuutuksesta voidaan ottaa kopioita.

Henkilötunnus

Päivämäärä ja paikka

Vakuutetun allekirjoitus ja nimenselvennys