TAPIOLA

FÖRSÄKRINGSINTYG

Ges endast till följd av arbetsolycksfall eller yrkessjukdom.

Försäkringsintyget berättigar vårdanstalten och läkaren att skicka fakturan för sjukvårdkostnader orsakade av arbetsolycksfall och yrkessjukdom direkt till försäkringsbolaget.

Försäkringsintyget är inte en i 15 § i lagen om olycksfallsförsäkring avsedd betalningsförbindelse för ersättning av sjukvård. Ersättning för sjukvårdskostnader förutsätter att det är frågan om ersättningsbart arbetsolycksfall eller ersättningsbar yrkessjukdom. Försäkringsbolaget bedömer om fakturan kan ersättas efter att ha fått tillräckliga utredningar.

Arbetstagaren får medicinen från apoteket avgiftsfritt när läkaren i receptet antecknat uppgifterna om arbetsgivare och försäkringsbolag som finns i intyget.

FÖRSÄKRING

Försäkringsbolag
Ömsesidiga Försäkringsbolaget Tapiola

Försäkringsnummer

ARBETSGIVARE

Arbetsgivarens namn

FO-nummer/personbeteckning

Adress

Postnummer och ort

E-postadress

Telefonnummer

Faxnummer

Bransch

Enhet/avdelning och avdelningens kod

SKADAD

Efternamn och alla förnamn

Personbeteckning

Adress

Postnummer och ort

Yrke

Medborgarskap

Språk
☐ finska ☐ svenska

Telefonnummer

UPPGIFTER OM SKADAN

Datum när olycksfallet inträffade eller yrkessjukdomen yppade sig

Veckodag

Klockslag

Orten där olycksfallet inträffade (kommun eller adress)

Inträffade olycksfallet på arbetsplatsen eller på område som hör till arbetsplatsen

☐ i arbetet ☐ inte i arbetet, var? ☐ på kaffepaus eller lunch

Inträffade olycksfallet utanför arbetsplatsen

☐ i arbetet ☐ under resa från bostaden till arbetet ☐ under resa från arbetet till bostaden ☐ under annan resa, vilken?

☐ på kaffepaus eller lunch ☐ på fritiden

På dagen för olycksfallet skulle arbetet — börja kl. — sluta kl.

Avslutade den skadade sitt arbete när olycksfallet inträffade ☐ nej ☐ omedelbart ☐ senare — datum — kl.

Olycksfallet anmäldes till arbetsgivaren/chefen ☐ nej ☐ ja — datum för anmälan

Hur inträffade olycksfallet/förorsakades yrkessjukdomen? Detaljerad beskrivning av olycksfallet och dess orsaker eller vad som förorsakade yrkessjukdomen samt arbetsmiljön.

UNDERSKRIFT

Ort och datum

Arbetsgivarens eller representantens underskrift och namnförtydligande

1 TILL LÄKAREN/VÅRDANSTALTEN
2 TILL FÖRSÄKRINGSBOLAGET (BIFOGAS TILL FAKTURAN)
3 TILL ARBETSGIVAREN

V51.005R
1211

Ersättningstjänst
01019 5103

Postadress
Tapiolagruppen
PB 36
02010 TAPIOLA

Internet
tapiola.fi

Hemort
ESBO

FO-nummer
0211034-2
Ömsesidiga Försäkringsbolaget Tapiola