

VALTUUTUS KORVAUSASIAAN LIITTYVIEN TIETOJEN PYYTÄMISEKSI

Sallin niiden lääkärin, sairaaloiden ja muiden hoitolaitosten, Kansaneläkelaitoksen, muiden vakuutusyhtiöiden ja -laitosten, joilla on terveydentilaani ja vahinkotapahtumaani liittyviä tietoja, antaa niitä Keskinäinen Vakuutusyhtiö Tapiolalle.

Vakuutettu	Henkilötunnus
Paikka ja aika	Vakuutetun tai hänen edustajansa allekirjoitus

KORVAUKSEN-SAAJA	Korvauksensaajan nimi	Henkilö-/Y-tunnus
	Tilinumero	

SÄHKÖPOSTI-OSOITE	Merkittävä rasti, jos haluatte Tapiolan käyttävän sähköpostia tiedonvälitykseen. Tarvitsemme suostumuksenne, koska sähköpostiyhteys Teidän ja Tapiolan välillä on suojaamaton.	
	<input type="checkbox"/> Annan suostumukseni siihen, että Tapiola voi lähettää minulle tarvittaessa henkilövahinkoani koskevia tietoja sähköpostitse.	Sähköpostiosoite

KORVAUSHAKEMUS

Kelan paikallistoimistolle/työpaikkakassalle

Täytä alla oleva korvaushakemus Kelalle. Hakemus täytetään aina jos halutaan, että vakuutusyhtiö maksaa sairaahoitokustannuksista myös sairausvakuutuslain mukaisen korvauksen.

HENKILÖTIEDOT	Vakuutetun sukunimi ja etunimet	
	Henkilötunnus	Vakinainen asuinkunta
	Osoite	Puhelinnumero
KORVAUS-TIEDOT	Onko aiheena kustannuksiin ollut liikennevahinko, tapaturma toisen työssä tai ammattitauti?	
	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
ALLEKIRJOITUS	Vakuutan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi	
	Paikka ja aika	Vakuutetun tai hänen edustajansa allekirjoitus