

ARBETSGIVARE OCH FÖRSÄKRAD ARBETSTAGARE	Arbetsgivare	
	Efternamn och alla förnamn	Personbeteckning
	Adress	
	Postnummer och ort	
	Bankkonto för utbetalning av ersättning	
UTREDNING AV SJUKVÅRDS- KOSTNADERNA	Orsaken till vården (symptom eller diagnos):	
	Jag bifogar	st. verifikat över vårdkostnaderna
BEFULL MÄKTIGANDE OCH UNDER- SKRIFT	Jag försäkrar att uppgifterna jag givit i ersättningsansökan är korrekta. Jag samtycker till att läkare, sjukhus och andra vårdinrättningar, Folkpensionsanstalten samt andra försäkringsbolag och -anstalter som har uppgifter om mitt hälsotillstånd och försäkringsfallet får överläta uppgifterna till Ömsediga Livförsäkringsbolaget Tapiola.	
	Ort och datum	
	Den försäkrades underskrift	Telefonnummer dagtid

Tapiola-ryhmä
maksaa
postimaksun

**Tapiola-ryhmä
Työntekijän hoitoturva-
vakuutukset
Henki/skannaus
Tunnus 5007453
00003 VASTAUSLÄHETYS**