

VAKUUTUKSEN- OTTAJA JA MAKSAJA	Nimi		Henkilö-/Y-tunnus
	Lähiosoite (kotikunta/kotipaikka oltava Suomessa)		
	Postinumero ja -toimipaikka		Puhelin
TALKOOTYÖHÖN OSALLISTUVIEN MÄÄRÄ JA VOIMASSAOLO- AIKA	Työhön samanaikaisesti osallistuvien vakuutettavien henkilöiden määrä		
	Alkamispäivä	Päätymispäivä / vakuutuksen kesto (enintään 12 kk)	
VAKUUTUS- TURVA	Valitse kolmesta vaihtoehdosta sopiva turvan taso (X)		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Vaihtoehto 1</b>	<b>Vaihtoehto 2</b>	<b>Vaihtoehto 3</b>
Hoitokulut tapaturmaa kohti	2 500 e	10 000 e	10 000 e
Haittakorvaus	25 000 e	50 000 e	100 000 e
Kuolemantapauskorvaus	2 000 e	5 000 e	10 000 e
ALLEKIRJOITUS	Olen tutustunut		
	<input type="checkbox"/> tuoteselosteeseen	<input type="checkbox"/> vakuutusehtoihin	
	Paikka ja aika	Vakuutuksenottajan allekirjoitus ja nimenselvennys	

A56.097  
0211

Tapiola maksaa  
postimaksun

Tapiola betalar  
portot

**Keskinäinen Vakuutusyhtiö Tapiola**

Yksityistapaturmavakuutus

Tunnus 5017784

00006 VASTAUSLÄHETYS