

TYÖNANTAJA JA VAKUUTETTU TYÖNTEKIJÄ	Työnantaja	
	Vakuutetun suku- ja etunimet	Henkilötunnus
	Lähiosoite	
	Postinumero ja toimipaikka	
	Pankkitili, jolle korvaus maksetaan	
SELVITYS SAIRAANHOITO- KULUISTA	Hoidon syy (oireet tai diagnoosi)	
	Liitteenä	kpl tositteita hoitokuluista
VALTUUTUS JA ALLEKIRJOITUS	Vakuutan tässä korvaushakemuksessa antamani tiedot oikeiksi. Sallin niiden lääkäreiden, sairaaloiden ja muiden hoitolaitosten, Kansaneläkelaitoksen, muiden vakuutusyhtiöiden ja laitosten, joilla on terveydentilaani ja vakuutustapahtumaani liittyviä tietoja, antaa niitä Keskinäiselle Henkivakuutusyhtiö Tapiolalle.	
	Paikka ja aika	
	Vakuutetun allekirjoitus	Puhelinnumero päivisin

Tapiola-ryhmä
maksaa
postimaksun

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