

## 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 Keskinäiselle Vakuutusyhtiölle Tapiolalle.

Vakuutettu	Henkilötunnus
Paikka ja aika	Vakuutetun tai hänen edustajansa allekirjoitus

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

SÄHKÖPOSTI- OSOITE	Merkitkää 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	
	Onko vakuutettu saanut korvausta jostain muualta <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Mistä?
ALLEKIRJOITUS	<b>Vakuutan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi</b> Paikka ja aika	
		Vakuutetun tai hänen edustajansa allekirjoitus