



## TIEDOT VAKUUTETUSTA

|  |                       |
|--|-----------------------|
| Lainan sopimusnumero                       |                       |
| Vakuutetun nimi                            | Henkilötunnus         |
| Osoite                                     | Postinumero ja paikka |
| Puhelinnumero päivisin (myös suuntanumero) | Sähköpostiosoite      |

## TYÖKYVYTTÖMYYS

|                      |   |   |
|----------------------|---|---|
| Työkyvyttömyyden syy | <input type="checkbox"/> Sairaus <input type="checkbox"/> Tapaturma | Sairasloman kesto (alku) (pvä/kk/vuosi) |
|----------------------|---|---|

## SAIRAUS

|  |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| Selvitys sairaudesta ja sen oireista                           |  |                                  |
| Sairauden ilmenemispäivä                                       |  | Ensimmäinen hoidossakäyntipäivä  |
| Onko samanlaista sairautta ollut aikaisemmin?                  | <input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> KYLLÄ | Jos kyllä, koska? (pvä/kk/vuosi) |
| Selvitys aikaisemmasta sairaudesta ja sen oireista             |  |                                  |
| Aikaisemmat hoitopaikat/lääkärit ja hoitoajat (nimi ja paikka) |  |                                  |
|  |  |                                  |

## TAPATURMA

|  |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| Tapahtuma-aika (pvä/kk/vuosi)                                  |  |                                  |
| Loukkaantumispaiikka ja -aika                                  |  |                                  |
| Mahdollisimman tarkka selostus tapaturman sattumisesta         |  |                                  |
|  |  |                                  |
| Vahingoittunut kehon osa                                       |  |                                  |
|  |  |                                  |
| Onko sama kehon osa vahingoittunut aikaisemmin?                | <input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> KYLLÄ | Jos kyllä, koska? (pvä/kk/vuosi) |
| Selvitys aikaisemmasta vammasta tai sairaudesta                |  |                                  |
|  |  |                                  |
| Aikaisemmat hoitopaikat/lääkärit ja hoitoajat (nimi ja paikka) |  |                                  |
|  |  |                                  |

## VAMMAAN LIITTYVÄÄ TIETOA – (tämä osuus on aina täytettävä)

|   |  |                               |
|---|--|-------------------------------|
| Ensimmäinen hoidossakäyntipäivä (pvä/kk/vuosi)  | Lääkäriin/hoitolaitoksen nimi                              |                               |
| Osoite  | Postinumero ja paikka                                      |                               |
| Nykyisen lääkärin nimi joka hoitaa hakemukseen liittyvää vammaa                                       | Hoitolaitoksen nimi  |                               |
| Osoite  | Postinumero ja paikka                                      |                               |
| Oletko ollut sairaalahoitossa kyseisen vamman takia?<br>Lääkärintodistus liitettävä tähän hakemukseen | EI <input type="checkbox"/> KYLLÄ <input type="checkbox"/> | Jos kyllä, missä sairaalassa? |
| Sairaalahoitoajan ajankohta (alku – loppu) (pvä/kk/vuosi)   |  |                               |
| Milloin arvelet voitavasi palata takaisin työhön? (pvä/kk/vuosi)                                      | Missä laajuudessa?   |                               |

## TYÖSUHDETTA KOSKEVAT TIEDOT

|   |  |   |                               |
|---|--|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toistaiseksi voimassa oleva työsuhde | <input type="checkbox"/> Yrittäjä tai ammatinharjoittaja | Ajankohta (alku – loppu) (pvä/kk/vuosi) | Viikottainen työtuntien määrä |
| Työnantajan/Yrityksen nimi                                    |  |   |                               |
| Osoite  |  | Postinumero ja paikka                   |                               |
| Työnantajan puhelinnumero                                     |  | Työtehtävä yrityksessä                  |                               |

### HUOMIO!

#### Hakemukseen liitettävät asiakirjat:

- Lääkärintodistukset
- Kelan päätös sairauspäivärahan maksamisesta

Suostumus terveystietojen käsittelyyn: Tietoa siitä kuinka käsittelemme henkilötietoja löydät osoitteesta [www.bnpparibascardif.se/henkilotiedot](http://www.bnpparibascardif.se/henkilotiedot)

## ALLEKIRJOITUS – Tarkista, että korvaushakemuslomakkeen kaikki kohdat on täytetty ja kaikki liitteet ovat hakemuksen mukana

### Minä, VAKUUTETTU

Valtuutan Kansaneläkelaitoksen, työnantajani, työttömyyskassan, verotoimistot, lääkärit, hoitolaitokset, sairaalat, terveyskeskukset, työterveyskeskukset, mielenterveyslaitokset, eläkelaitokset ja vakuutusyhtiöt antamaan ja vastaanottamaan tietoja terveydestäni, sekä lisäksi muita tarvittavia tietoja tämän korvaushakemuksen tueksi ja selvittämiseksi. Valtuutan myös luotonantajan, antamaan tietoja kyseisestä luotosta johon tämä vakuutus on sidottu.

Annan yllä olevan suostumuksen ja vakuutan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi.

|               |            |                |
|---------------|------------|----------------|
| Paikka        | Päivämäärä | Allekirjoitus  |
| Henkilötunnus |            | Nimenselvennys |

### PALAUTA LOMAKE OSOITTEESEEN:

**BNP PARIBAS CARDIF, C/O CRAWFORD & COMPANY, RANTATIE BUSINESS PARK, HERMANNIN RANTATIE 8, 00580 HELSINKI**

Lainavakuutuksesta vastaa BNP Paribas Cardif Försäkring AB (org.nr 516406-0567) ja BNP Paribas Cardif Livförsäkring AB (org.nr 516406-0559), Box 24110, 400 22 Göteborg, Ruotsi