



<b>HENKIÖ-TIEDOT</b>	Sairastuneen tai vahingoittuneen täydellinen nimi		Henkilötunnus
	Puhelin (8-16)	Ammatti	
	Lähiosoite	Postinumero ja -toimipaikka	
<b>VAKUUTUS-TIEDOT</b>	Vakuutusnottaja		Puhelin (8-16)
	Lähiosoite	Postinumero ja -toimipaikka	
	Vakuutusten numerot		
	Pankkiyhteys: ] a \\ \ \ a a a O E } } •		
<b>TAPATURMA-JA SAIRAUSTIEDOT</b>	Tapahtuma-aika / milloin sairaus alkoi Klo	Milloin ensiksi turvauduite lääkärin apuun	Oletteko ollut täysin työkyvytön Milloin <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Olen
	Oletteko aikaisemmin sairastanut samaa tautia tai loukannut saman ruumiinosan <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Olen Milloin		Oletteko ollut osittain työkyvytön Milloin <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Olen
	Keitä lääkäreitä olette käyttänyt (nimi/osoite)		Lääkärissä käyntien päivämäärät
	Sairaala, jossa olette ollut hoidettavana		Sairaalassaoloaika
	Vahingoittunut ruumiinosa (esim. selkä, silmä ym.)		
<b>SAIRAUDENTIEDOT</b>	Tarkka selostus sairauden ilmenemisestä ja oireista HUOM! Pelkkä viittaus liitteisiin ei riitä!!!		

<b>TAPATURMA-TIEDOT</b>	Tapahtumapaikka (maa, kunta/kaupunki)		Tapahtuma sattui <input type="checkbox"/> työssä <input type="checkbox"/> työmatkalla <input type="checkbox"/> vapaa-aikana <input type="checkbox"/> liikennevahingossa	
	Jos tapaturma sattui kilpailuissa, on tarkemmin ilmoitettava tilaisuuden laatu (esim. palloilu, otteluista vastustaja ja mihin sarjaan ottelu kuului)			
			<input type="checkbox"/> puulaaki <input type="checkbox"/> kilpailuissa <input type="checkbox"/> harjoituksissa	
	Onko poliisitutkinta pidetty <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Oliko vahingoittunut tapaturman sattuessa päihdyttävien tai huumaavien aineiden vaikutuksen alaisena <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä		
	Tapaaturman silminnäkijät (nimet ja osoitteet)			
<b>LISÄTIETOJA</b>				
<b>ALLE-KIRJOITUS</b>	Vakuutan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi. Annan Pohjantähdelle luvan saada tämän hakemuksen käsittelemistä varten tarpeelliseksi katsomia selvityksiä niin lääkäreiltä, henkilöiltä ja laitoksilta, joilla on tietoja minusta ja terveydentilastani.			
	Paikka ja aika		Sairastuneen tai vahingoittuneen allekirjoitus	
			Vakuutusentottajan allekirjoitus	

**Korvaushakemukseen liitettävät asiakirjat**

- Sairauslomatodistukset
- Kopiot viimeisimmän tilinpäätöksen tuloslaskelmasta ja taseesta
- Selvitys ko. henkilön poissaolon takia tekemättä jääneistä töistä sekä niistä kertymättä jääneestä katteesta
- Mahdollisen tilapäishenkilöstön palkkakustannuksista tositteet