



HENKILÖ-TIEDOT	Sairastuneen tai vahingoittuneen täydellinen nimi		Sähköpostiosoite	
	Henkilötunnus	Ammatti (koululaisten ja opiskelijoiden osalta lisäksi oppilaitos)		
	Lähiosoite	Postinumero ja -toimipaikka		Puhelin kotiin/toimeen
	Pankkiyhteys: täydellinen tilinumero ja tilin omistaja		Voiko tiedon tallentaa Pohjantähden asiakastietojärjestelmään? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
	Vakuutuksenottaja (mikäli ei ole sama kuin vahingoittunut henkilö)			
	Vakuutusten numerot			
TYÖN-ANTAJA-TIEDOT	Työnantajan nimi			Puhelin
	Lähiosoite			Postinumero ja -toimipaikka
TAPATURMA-JA SAIRAUSTIEDOT	Tapahtuma-aika/milloin sairaus alkoi	Milloin ensiksi turvauduitte lääkärin apuun	Oletteko ollut täysin työkyvytön	Milloin
	20 klo		<input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Olen	
	Oletteko aikaisemmin sairastanut samaa tautia tai loukannut saman ruumiinosan		Oletteko ollut osittain työkyvytön	Milloin
	<input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Olen	Milloin	<input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Olen	
	Keitä lääkäreitä olette käyttänyt (nimi/osoite)			Lääkäriissäkäyntien päivämäärät
Sairaala, jossa olette ollut hoidettavana			Sairaalassaoloaika	
TAPATURMA-TIEDOT	Tarkka selostus tapaturmasta, vamman laatu, miten tapaturma tapahtui (esim. luunmurtuma, ruhje, palovamma ym.)			
	Vahingoittunut ruumiinosa (esim. selkä, silmä ym.) <input type="checkbox"/> oikea <input type="checkbox"/> vasen			
SAIRAUDEN TIEDOT	Tarkka selostus sairauden ilmenemisestä ja oireista HUOM! Pelkkä viittaus liitteisiin ei riitä!!!			
MATKUSTAJA-TIEDOT	Matkustajavahinko	Matkan alkamispäivämäärä	Matkan päättymispäivä	
	<input type="checkbox"/> Kyllä			
Matkakohde (maa, kunta/kaupunki)			Matkan tarkoitus (loma, työ ym.)	

TAPATURMA-TIEDOT	Tapahtumapaikka (maa, kunta/kaupunki)		Tapaturma sattui <input type="checkbox"/> työssä <input type="checkbox"/> työmatkalla <input type="checkbox"/> vapaa- aikana <input type="checkbox"/> liikenne- vahingossa	
	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	
	Tapaturman silminnäkijät (nimet ja osoitteet)			
MUU VAKUUTUS-TURVA	Oletteko hakenut/saanut päivärahaa sairausvakuutuslain perusteella (ei koske lapsia) <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Olen		Kansaneläkelaitoksen paikallistoimiston nimi Ajalta	
	Oletteko hakenut/saanut korvausta liikennevakuutuslain perusteella <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Olen		Ajoneuvon rek.nro Vakuutusyhtiön nimi Ajalta	
	Oletteko hakenut/saanut korvausta tapaturmavakuutuslain perusteella <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Olen		Vakuutusyhtiön nimi Ajalta	
	Hakeeko vahingoittunut korvausta jostakin muusta vakuutusyhtiöstä mistä yhtiöstä ja minkä vakuutuksen perusteella <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä			
LISÄTIETOJA				
	Vakuutusmaksun suoritus (tulo- ja varallisuusverolain 22 §:n 20 kohta) <input type="checkbox"/> Vakuutusmaksusta vakuutettu itse on maksanut vähintään neljänneksen		<input type="checkbox"/> Vakuutusmaksusta työnantaja on maksanut enemmän kuin kolme neljännestä	
Pohjantähti luovuttaa sille ilmoitettuja vahinkoa koskevia tietoja vakuutusyhtiöiden yhteiseen tietojärjestelmään. Tällöin Pohjantähti tarkistaa, mitä vahinkoja muille vakuutusyhtiöille on ilmoitettu. Tietoja käytetään vain korvauskäsittelyn yhteydessä vakuutusyhtiöihin kohdistuvan rikollisuuden torjumiseksi. (Tietosuojalautakunnan päätös nro 1/5.3.2001)				
ALLE-KIRJOITUS	Vakuutan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi. Annan Pohjantähdelle luvan saada tämän hakemuksen käsittelemistä varten tarpeelliseksi katsomia selvityksiä niiltä lääkäreiltä, henkilöiltä ja laitoksilta, joilla on tietoja minusta ja terveydentilastani.			
	Paikka ja aika	Hakijan tai holhoojan allekirjoitus	Nimen selvennys	

KORVAUSHAKEMUKSEEN LIITETTÄVÄT ASIAKIRJAT

- Kelan alkuperäinen korvauspäätös + siihen liittyvät tositejäljennökset, muut tositteet alkuperäisinä
- Lääkärinlausunto E, jos tapaturmasta aiheutuneen työkyvyttömyyden pituus yli kaksi viikkoa

Tarvittaessa saatte lisätietoja lähimmästä toimistostamme.