

<b>VAHINKOILMOITUS</b> <b>Henkilövahingot/vapaaehtoinen ryhmävakuutus</b>		
<b>Vahingoittuneen tiedot</b>	Nimi	Henkilötunnus
	Sähköpostiosoite	Puhelin kotiin
	Kotiosoite	Postinro ja -toimipaikka
	Työnantaja tai oppilaitos ja työsuhteen alkamispäivä (jos kyseessä työntekijän ryhmävakuutus)	
<b>Korvauksen saaja</b>	Nimi	Henkilötunnus/Y-tunnus
	Tilinumero	Osoite, jos poikkeaa vahingoittuneen osoitteesta
<b>Vakuutuksenottajan tiedot</b>	Vakuutuksenottajan nimi	Vakuutusnumero
	Yhteyshenkilö vakuutusasioissa ja puhelinnumero/sähköpostiosoite	
<b>Vahingon tiedot</b>	<input type="checkbox"/> tapaturma <input type="checkbox"/> sairaus <input type="checkbox"/> matkustajavahinko (merkitse lisätieto viereiseen kenttään)	<b>Matkustajavahingon lisätieto</b> <input type="checkbox"/> matkatapaturma <input type="checkbox"/> matkasairaus <input type="checkbox"/> matkan peruuntuminen/keskeytyminen <input type="checkbox"/> matkalta myöhästymisen/matkan odottaminen
	Sattumispäivä (sairauden alkaminen, tapaturman sattuminen, matkavahingon tapahtuminen)	<b>Vahinko sattui (valitse tarvittaessa useampi vaihtoehto)</b> <input type="checkbox"/> koulussa/työssä/päivähoidossa <input type="checkbox"/> koulu/työmatkalla/matkalla päivähoidon <input type="checkbox"/> vapaa-ajalla <input type="checkbox"/> pahoinpitelyn tai riidan yhteydessä <input type="checkbox"/> oman työpaikan urheiluseuran järjestämässä kilpaurheilussa <input type="checkbox"/> kuntourheilussa <input type="checkbox"/> kilpaurheilussa tai siihen tähtäävässä harjoituksessa; seuran/joukkueen nimi ja urheilulaji:  <input type="checkbox"/> liikennevahingossa, vahinkoon liittyvän moottoriajoneuvon rekisteritunnus:
<b>Vahingon kuvaus</b>	Tarkka kuvaus sairastumisesta/tapaturmasta/matkavahingosta (mitä tapahtui, miksi ja miten) (jatka tarvittaessa erilliselle paperille/kääntöpuolelle)	
	Vahingon tapahtumapaikka (kaupunki, maa)	Vahingoittunut ruumiinosa  <input type="checkbox"/> oikea <input type="checkbox"/> vasen
	Ensimmäinen lääkäri-ikäntipäivä ja hoitolaitoksen nimi	Onko sairautta/vammaa tutkittu tai hoidettu muissa hoitolaitoksissa? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, missä hoitolaitoksessa?  Onko saman sairauden/ruumiinosan vamman oireita tutkittu tai hoidettu joskus aiemmin? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, missä hoitolaitoksessa ja milloin?

# POHJANTÄHTI

Ihmisen kokoinen vakuutusyhtiö

<b>Matkavahingon lisätiedot</b>	Matkan alkamis- ja päättymispäivä	Matkakohde	Matkan tarkoitus <input type="checkbox"/> työ <input type="checkbox"/> loma/vapaa-aika <input type="checkbox"/> opiskelu <input type="checkbox"/> kilpaurheilu <input type="checkbox"/> muu, mikä?
<b>Muu vakuutusturva</b>	Hakeeko vahingoittunut korvausta jostakin muusta vakuutusyhtiöstä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, vakuutusyhtiön nimi:	Onko samasta vahingosta maksettu korvauksia liikennevakuutuslain perusteella tai työtapaturmavakuutuksen perusteella? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, vakuutusyhtiön nimi:	
<b>Allekirjoitukset</b>	Vakuutuksenottajan (esim. kunta/yritys) edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys		Paikka ja päivämäärä
	<b>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:</b>		
	Vahingoittuneen allekirjoitus ja nimenselvennys (myös alaikäisen, jos 12 v. täyttänyt)		Paikka ja päivämäärä
	Alle 18-vuotiaan vahingoittuneen huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys		Paikka ja päivämäärä

Huolellisesti täytetty ja allekirjoitettu vahinkoilmoitus sekä skannatut hoitokulutusitteet palautetaan suojatulla sähköpostilla osoitteen <https://securemail.pohjantahti.fi> kautta.

Tarvittaessa lisätietoja korvauskäsittelystä voi kysyä sähköpostilla [henkilovahingot@pohjantahti.fi](mailto:henkilovahingot@pohjantahti.fi) tai p. 020 763 4014. Vakuutuksenottajan edustaja voi ottaa yhteyttä myös Oma Pohjantähti -palvelun kautta.

Mikäli sinulla on hallussasi asiaan liittyviä sairauskertomuksia tai lääkärinlausuntoja pyydämme toimittamaan niistä kopiot vahinkoilmoituksen mukana korvauskäsittelyä varten.

Pohjantähti luovuttaa sille ilmoitettuja vahinkoja 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).