

VAHINKOILMOITUS Henkilövahingot/vapaaehtoinen ryhmävakuutus			
Vahingoittuneen tiedot	Nimi		Henkilötunnus
	Sähköpostiosoite		Puhelin kotiin
	Kotiosoite		Postinro ja -toimipaikka
	Työnantaja tai oppilaitos ja työsuhteen alkamispäivä (jos kyseessä työntekijän ryhmävakuutus)		
Korvauksen saaja	Nimi		Henkilötunnus/Y-tunnus
	Tilinumero	Osoite, jos poikkeaa vahingoittuneen osoitteesta	
Vakuutuksenottajan tiedot	Vakuutuksenottajan nimi		Vakuutusnumero
	Yhteyshenkilö vakuutusasioissa ja puhelinnumero/sähköpostiosoite		
Vahingon tiedot	<input type="checkbox"/> tapaturma <input type="checkbox"/> sairaus <input type="checkbox"/> matkustajavahinko (merkitse lisätieto viereiseen kenttään)	Matkustajavahingon lisätieto <input type="checkbox"/> matkatapaturma <input type="checkbox"/> matkasairaus <input type="checkbox"/> matkan peruuntuminen/keskeytyminen <input type="checkbox"/> matkalta myöhästyminen/matkan odottaminen	
	Sattumispäivä (sairauden alkaminen, tapaturman sattuminen, matkavahingon tapahtuminen)	Vahinko sattui (valitse tarvittaessa useampi vaihtoehto) <input type="checkbox"/> koulussa/työssä/päivähoidossa <input type="checkbox"/> koulu/työmatkalla/matkalla päivähoitona <input type="checkbox"/> vapaa-ajalla <input type="checkbox"/> pahoinpitelyn tai riidan yhteydessä <input type="checkbox"/> oman työpaikan urheiluseuran järjestämässä kilpaurheilussa <input type="checkbox"/> kuntosportissa <input type="checkbox"/> kilpaurheilussa tai siihen tähtäävässä harjoituksessa; seuran/joukkueen nimi ja urheilulaji: <input type="checkbox"/> liikennevahingossa, vahinkoon liittyvän moottoriajoneuvon rekisteritunnus:	
Vahingon kuvaus	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	Oliko vahingoittunut tapaturman sattuessa päihdyttävien tai huumaavien aineiden vaikutuksen alaisena <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä
	Ensimmäinen lääkärisikäyntipäivä 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?

Matkavahingon lisätiedot	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?
Muu vakuutusturva	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:	
Allekirjoitukset	Vakuutuksenottajan (esim. kunta/yritys) edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys		Paikka ja päivämäärä
	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:		
	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 palautetaan sähköpostilla os. henkilokorvaukset@pohjantahti.fi (jos ei kulutositteita liitteenä) tai postitse alkuperäisten maksettujen kulutositteiden kanssa ilman postimerkkiä os.

Pohjantähti Keskinäinen Vakuutusyhtiö
Pääkonttori
INFO 000
Tunnus: 5001665
00003 VASTAUSLÄHETYS

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

Mikäli teillä on hallussanne 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).