



CLAIM REPORT

Claim number

Form 571-3 sv. approved by National Pensions Institute

PERSON INSURED	Surname and given names of the insured			
	Identity number	Permanent municipality of residence	Telephone number, home	
	Street address		Telephone number, work	
	Postal code	Post office	Policy number	
COMPENSATION DETAILS	Are the costs due to a road accident, occupational accident or occupational disease? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			
	Was the applicant treated in a public hospital or receiving institutional care at time the costs incurred? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		Number of appendices	
	Where? Compensation for medical treatment expenses granted on the basis of Sickness Insurance Act should be paid in the insurance company's bank account? <input type="checkbox"/> Yes			
SIGNATURE	I affirm that the information given is true and correct. Those who have information concerning me and my health may provide the insurance company with it, insofar as such information is needed in the claims handling.			
	Place and date	Signature of the insured or representative		
POLICYHOLDER/ SPORTS CLUB	Name and signature of the policyholder (if other than person insured) or sports club.			
OCCUPATION	What is your occupation?	Name of employer:	<input type="checkbox"/> Pensioner <input type="checkbox"/> Housewife <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Unemployed	
	REPORT OF THE ACCIDENT OR ILLNESS What is the bodily injury and how did it occur? Illness or symptoms of an illness (report of an examination made is insufficient). Write overleaf if necessary.			
ADDITIONAL INFORMATION ON ACCIDENT/ ILLNESS	Accident took place/illness began on / 19 at	Accident took place/illness began <input type="checkbox"/> in the home country, where? <input type="checkbox"/> Abroad, where?		
	Medical treatment began on / 19	Where did the treatment begin? Doctor/Hospital/Health centre/Private clinic and address		
	In which hospital were you?	When were you in hospital? / 19 - / 19		
	Bodily injury occurred <input type="checkbox"/> At work or on the way to work <input type="checkbox"/> In leisure hours <input type="checkbox"/> Sporting, specify: <input type="checkbox"/> In traffic <input type="checkbox"/> On the way to/from school <input type="checkbox"/> On a journey <input type="checkbox"/> Exercising under coach surveillance, name of the sports club/federation: <input type="checkbox"/> At school, name of the school: <input type="checkbox"/> Sports competition			
	Have you suffered from the same injury/illness before? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		When? / 19 - / 19	
	Who attended you and where?		When were you attended? / 19 - / 19	
	ADDITIONAL INFORMATION ON JOURNEY (travel insurance)		Purpose of the journey (enclose tickets or corresponding account)	
Name of the journey organizer		When was the journey supposed to begin and end? / 19 - / 19	When did the journey actually end? / 19	
Have you received compensation for the cancelled journey from the journey organizer and how much (please enclose certificate)?		When did you book the journey? / 19		
When did you cancel the journey? / 19				
ALCOHOL, POLICE INVESTIGATION	Was the insured under the influence of alcohol or other intoxicant when the bodily injury occurred or illness began? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes %?		Has a police investigation been held? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
	Police or rural police district			
TRAVEL EXPENSES RELATING TO TREATMENT (Flexi, Travel Sampo)	Route and vehicle?		Distance in kilometres	
OTHER INSURANCES	Compensation will also be claimed from <input type="checkbox"/> Travel or personal accident insurance, company?		Sickness insurance	
	Motor third party liability insurance, company? Employer's or own statutory accident insurance, company?		No other claims	
BENEFICIARY	Beneficiary	Identity code	Account number	
	Street address	Postal code	Post office	

Data relating to loss or damage is surrendered to the insurance companies' joint data system, from where insurance companies can in connection with the claims settlement check the losses reported to other insurance companies. The data is used only to prevent insurance crime. Data is not collected from loss or damage involving illness or legal expenses.

If Insurance Company Ltd, registered domicile and address Helsinki, Vattuniemenkuja 8 A, FIN-00025 IF, FINLAND. Busines ID Code 1614120-3
 Kaleva Mutual Insurance Company, registered domicile and address Helsinki, Bulevardi 56, FIN-00075 SAMPO, FINLAND. Busines ID Code 0200628-9
 Sampo Life Insurance Company Ltd, registered domicile and address Helsinki, Bulevardi 56, FIN-00075 SAMPO, FINLAND. Busines ID Code 0641130-2

50455 3.2003i

50159 8/2014



KORVAUSHAKEMUS

Vahinkonumero

Kansaneläkelaitoksen hyväksymä lomake nro 571-3 sv.

VAKUUTETTU	Vakuutetun suku- ja etunimet		
	Henkilötunnus	Vakinainen asuinkunta	Puhelinnumero kotiin
	Lähiosoite		Puhelinnumero toimeen
	Postinumero	Postitoimipaikka	Vakuutusnumero
KORVAUSTIEDOT	Onko aiheena kustannuksiin ollut liikennevahinko, työtapaturma tai ammattitauti? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä		
	Onko hakija ollut kustannusten syntyessä julkisessa sairaalassa/laitoshoidossa? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä		Liitteiden lukumäärä
	Sairausvakuutuslain mukainen korvaus sairaanhoitokuluista halutaan maksettavaksi vakuutusyhtiön tiille? <input type="checkbox"/> Kyllä		
ALLEKIRJOITUS	Vakuutan, että tässä korvaushakemuksessa antamani tiedot ovat oikeita. Sallin niiden joilla on korvausasian käsittelyä varten tarpeellisia tietoja minusta ja terveydentilastani antaa näitä tietoja vakuutusyhtiölle. Paikka ja päivämäärä Vakuutetun tai hänen edustajansa allekirjoitus		
VAKUUTUKSEN- OTTAJA/SEURA	Vakuutuksenottajan (jos eri kuin vakuutettu) tai urheiluseuran nimi ja allekirjoitus.		
AMMATTI	Mikä on ammattinne?	Työnantajan nimi:	<input type="checkbox"/> Eläkeläinen <input type="checkbox"/> Kotiäiti <input type="checkbox"/> Opiskelija <input type="checkbox"/> Työtön
SELVITYS TAPATURMASTA TAI SAIRAUDESTA	Mikä vamma ja miten se syntyi? Sairaus tai sairauden oireet (tehdyn tutkimuksen ilmoittaminen ei riitä). Vastatessa voi käyttää käänttöpuolta.		
LISÄSELVITYS TAPATURMASTA/ SAIRAUDESTA	Tapaturman sattumisaika/sairauden alkamispäivä ____/____ ____ klo	Tapaturma sattui/sairaus alkoi <input type="checkbox"/> Kotimaassa, missä? <input type="checkbox"/> Ulkomailla, missä?	
	Lääkärin hoito alkoi ____/____ ____	Missä hoito alkoi? Hoitava lääkäri/Sairaala/Terveyskeskus/Lääkäriasema ja osoite	
	Missä sairaalassa olitte?	Milloin olitte sairaalassa? ____/____ ____ - ____/____ ____	
	Vamma syntyi <input type="checkbox"/> Työssä tai työmatkalla <input type="checkbox"/> Vapaa-aikana <input type="checkbox"/> Urheilussa, missä? <input type="checkbox"/> Liikenteessä <input type="checkbox"/> Koulumatkalla <input type="checkbox"/> Matkalla <input type="checkbox"/> Valmentajan valvomassa harjoituksessa, seuran/liiton nimi: <input type="checkbox"/> Koulussa, koulun nimi: <input type="checkbox"/> Urheilukilpailussa	Onko samoja vammoja/sairauksia ollut aikaisemmin? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Milloin? ____/____ ____ - ____/____ ____
	Kuka hoitanut ja missä?	Milloin hoidettu? ____/____ ____ - ____/____ ____	
SELVITYS MATKASTA (matkavakuutus)	Matkan tarkoitus (Liitä matkaliput tai vastaava selvitys)	Milloin matkan piti alkaa ja päättyä? ____/____ ____ - ____/____ ____	
	Matkan järjestäjän nimi	Milloin matka todellisuudessa päättyi? ____/____ ____	Milloin varasitte matkan? ____/____ ____
	Onko matkanjärjestäjältä saatu hyvitystä peruuntuneesta matkasta ja kuinka paljon (todistus liitettävä mukaan)?	Milloin peruite matkan? ____/____ ____	
ALKOHOLI POLIISITUTKIN- TA	Oliko vakuutettu vammoituessaan tai sairauden alkaessa alkoholin tai muun huumaavan aineen vaikutuksen alainen? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä %?	Onko poliisitutkinta pidetty? Poliisi tai nimismiespiiri <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
HOITON LIITTYVÄT MATKAKULUT (Joustopurva, Matkasampo)	Matkareitti ja kulkuneuvo?		Km-määrä
MUUT VAKUUTUKSET	Korvausta haetaan myös <input type="checkbox"/> Matka- tai yksityistapaturma- vakuutuksesta, yhtiö?	Urheilulisenssivakuutus, yhtiö? Työnantajan tai oma lakisääteinen tapaturmavak., yhtiö?	Sairausvakuutuksesta Ei haeta
KORVAUKSEN- SAAJA	Korvauksen saaja	Hetu	Tilinumero
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka

Vahinkoja koskevia tietoja luovutetaan vakuutusyhtiöiden yhteiseen tietojärjestelmään, josta vakuutusyhtiöt voivat korvauksiasittelun yhteydessä tarkistaa muille vakuutusyhtiöille ilmoitetut vahingot. Tietoja käytetään ainoastaan vakuutusrikollisuuden ehkäisemiseen. Tietoja ei kerätä sairaus- eikä oikeusturvavahingoista.

If Vahinkovakuutusyhtiö Oy, rekisteröity kotipaikka ja osoite Helsinki, Vattuniemenkuja 8 A, 00025 IF. Y-tunnus 1614120-3
 Keskinäinen Vakuutusyhtiö Kaleva, rekisteröity kotipaikka ja osoite Helsinki, Bulevardi 56, 00075 SAMPO. Y-tunnus 0200628-9
 Vakuutusosakeyhtiö Henki-Sampo, rekisteröity kotipaikka ja osoite Helsinki, Bulevardi 56, 00075 SAMPO. Y-tunnus 0641130-2