



Vakuutustunnus
Vahinkotunnus, jos tiedossa <b>EU</b>

**Vakuutettu**

Nimi	Henkilötunnus	
Osoite	Postinumero	Postitoimipaikka
Sähköpostiosoite	Puhelin (miel. matkapuhelin)	
Ammatti		

**Vakuutuksenottaja**

Nimi	Henkilö-/Y-tunnus	
Osoite	Postinumero	Postitoimipaikka
Sähköpostiosoite	Puhelin (miel. matkapuhelin)	

**Pankkiyhteys**

Korvauksen saaja (nimi) <b>FirstMed-FMC Kft.</b>	<b>1015 Budapest Hattyú u. 14. Hungary</b>	
Pankin BIC-koodi	Tilinumero <b>HU32 10918001-000000088-47480003</b>	

**Selvitys matkasta**


Matka alkoi, päivämäärä	Matka päättyi, päivämäärä	Tosite matkasta liitteeksi
Matkan luonne <input type="checkbox"/> Loma <input type="checkbox"/> Työ <input type="checkbox"/> Opiskelu <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Majoitusmuoto <input type="checkbox"/> Hotelli / kylpylä / laiva / retkeilymaja / leirintäalue <input type="checkbox"/> Vierailu sukulaisten / ystävien luona <input type="checkbox"/> Oleskelu omalla vapaa-ajan asunnolla / omissa osakkeessa <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	
Oletteko vahinkotapahtumaa edeltävän kuuden kuukauden aikana oleskellut samassa matkakohteessa? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, milloin (pvm - pvm)?		

**Sairautiedot**

Sairaus alkoi, päivämäärä	Missä sairaus alkoi (maa, paikkakunta)?
Milloin turvauduite lääkärin apuun? Lääkärin nimi	
Missä ja milloin teitä hoidettiin (terveysasema, sairaala, sairaalassaoloaika)?	
Selostus sairaudesta / sairauden nimi	
Oletteko aikaisemmin sairastanut tällaista tautia tai siihen liittyviä oireita? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
Milloin ja minkälaisia?	
Aiheuttaako sairautenne jatkohoitoa kotimaassa? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	

**Tapaturmatiedot**

Tapaturma-aika, päivämäärä	klo	Tapaturmapaikka (maa ja paikkakunta)
Kuinka tapaturma sattui?		
Vamman laatu	Aiheuttaako tapaturmanne jatkohoitoa kotimaassa? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
Onko sama ruumiinosa vammautunut aikaisemmin? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Milloin?	
Milloin turvauduite lääkärin apuun? Lääkärin nimi		
Missä ja milloin teitä hoidettiin (terveysasema, sairaala, sairaalassaoloaika)?		
Silminnäkijöiden nimet ja osoitteet		
Tapaturman aiheuttanut henkilö, nimi ja osoite		
Onko poliisitutkinta pidetty? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Huumeiden tai alkoholin vaikutus? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	

<b>Sairaanhoitokulut</b>	<b>Alkuperäiset tositteet liitteeksi</b>		Määrä	Valuutta	Liite
	Lääkäripalkkiot				
	Tutkimukset ja hoito				
	Lääkkeet				
	Matkakulut				
	Muut kulut				
	Avoimet laskut				
	Matkatoimiston / oppaan (muun, kenen?) maksamat ennakkokorvaukset		Määrä ja valuutta		
<b>Matkan keskeytyminen</b>	Matka alkoi, päivämäärä	Milloin teidän oli tarkoitus palata, päivämäärä?		Milloin palasitte, päivämäärä?	
	Matkan keskeytyksen syy (todistus liitteeksi)				
	<b>Alkuperäiset tositteet liitteeksi</b>		Määrä	Valuutta	Liite
	Ylimääräiset matkakulut				
	Ylimääräiset majoituskulut				
Muut kulut					
<b>Myöhästyminen/ odottaminen</b>	Selvitys (liikenneyrityksen todistus liitteeksi)				
	<input type="checkbox"/> Jatkuu erillisellä liitteellä				
<b>Matkan peruuntuminen</b>	Milloin matkanne piti alkaa, päivämäärä?		Milloin peruutitte matkanne, päivämäärä?		
	Peruutuksen syy (todistus liitteeksi)				Todistus liitteeksi
	Peruutuskulut (matkanjärjestäjän todistus liitteeksi)				Matkanjärjestäjän todistus liitteeksi
<b>Muita tietoja</b>	Oletteko vakuutettu myös toisessa yhtiössä tämän vahingon varalta?		Yhtiö		
	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä				
<b>Valtuutus</b>	<p>Ilmoitan suostuvani siihen, että minua tutkineet ja hoitaneet lääkärit, muut terveydenhuollon ammattihenkilöt, sairaalat, terveyskeskukset, neuvolat, työterveydenhuollon yksiköt, mielenterveystoimistot ja yksityiset sairaanhoitolaitokset sekä toiset vakuutusyhtiöt, vakuutus- ja eläkelaitokset sekä samassa vakuutusyhtiössä muuhun vakuutukseen liittyviä korvausasioitani käsitelleet antavat korvausasian käsittelemistä varten tarpeellisia terveydentilaani koskevia henkilötietoja vakuutusyhtiölle. Tarvittavien tietojen hankkimiseksi vakuutusyhtiö voi luovuttaa edellä mainituille tahoille terveydentilaani ja vakuutustani koskevia yksilöityjä tietoja.</p> <p>Vakuutusyhtiö luovuttaa tietoja sille ilmoitetuista tapaturmavahingoista vakuutusalan yhteiseen tietojärjestelmään. Korvausasian käsittelyn yhteydessä tarkistetaan, mitä vahinkoja muille vakuutuslaitoksille on ilmoitettu. Tietoja käytetään tietosuojalautakunnan asettamien lupaehtojen mukaisesti ainoastaan vakuutuslaitoksiin kohdistuvan rikollisuuden ehkäisemiseen.</p>				
<b>Allekirjoitus</b>	Paikka ja aika	Vakuutetun tai hänen holhoojansa allekirjoitus ja nimenselvennys			
					

<b>Valtakirja SV-korvauksen hakemiseksi KELA:lta</b>	Vakuutetun nimi		Henkilötunnus
	Onko sairaanhoitokustannusten aiheena ollut liikennevahinko, työtapaturma tai ammattitauti?		
	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä		
Haluan, että sairausvakuutuslain mukainen korvaus maksetaan Pohjola Vakuutukselle.			
<b>Allekirjoitus</b>	Päiväys	Vakuutetun tai hänen holhoojansa allekirjoitus	
		