

**TIEDOT VAKUUTETUSTA**

Lainasopimusnumero	
Vakuutetun nimi	Henkilötunnus
Osoite	Postinumero- ja paikka
Puhelinnumero päivisin (myös suuntanumero)	Sähköpostiosoite

TYÖKYVYTTÖMYYS

Työkyvyttömyyden syy <input type="checkbox"/> Sairaus <input type="checkbox"/> Tapaturma	Sairasloman kesto (alku- päivä/kk/vuosi)
Kuinka paljon työkyky on heikentynyt? <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50%	Milloin arvelet olevasi täysin työkykyinen? - (päivä/kk/vuosi)

SAIRAUUS

Selvitys sairaudesta ja sen oireista	
Sairauden ilmenemispäivä	Ensimmäinen hoidossakäyntipäivä
Onko samanlaista sairautta ollut aikaisemmin? <input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> KYLLÄ	Jos kyllä, koska? - (päivä/kk/vuosi)
Selvitys aikaisemmasta sairaudesta ja sen oireista	
Aikaisemmat hoitopaikat/lääkärit ja hoitoajat	

TAPATURMA

Tapahtuma-aika - (päivä/kk/vuosi)	
Tapahtumapaikka	
Mahdollisimman tarkka selostus tapaturman sattumisesta	
Vahingoittunut kehon osa	
Onko sama kehon osa vahingoittunut aikaisemmin? <input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> KYLLÄ	Jos kyllä, koska? -(päivä/kk/vuosi)
Selvitys aikaisemmasta vammasta	
Aikaisemmat hoitopaikat/lääkärit ja hoitoajat	

VAMMAAN LIITTYVÄÄ TIETOA - (tämä osuus on aina täytettävä)

Ensimmäinen hoidossakäyntipäivä - (pvä/kk/vuosi)	Lääkäriin/hoitolaitoksen nimi
Osoite	Postinumero- ja paikka
Nykyisen lääkärin nimi joka hoitaa hakemukseen liittyvää vammaa	Hoitolaitoksen nimi
Osoite	Postinumero- ja paikka
Oletko ollut sairaalahoidossa kyseisen vamman takia? Lääkärintodistus liitettävä tähän hakemukseen	EI <input type="checkbox"/> KYLLÄ <input type="checkbox"/>
Jos kyllä, missä sairaalassa?	
Sairaalahoitoajan ajankohta (alku - loppu) - (pvä/kk/vuosi)	
Milloin arvelet voitavasi palata takaisin työhön? - (pvä/kk/vuosi)	Missä laajuudessa?

TYÖSUHDETTA KOSKEVAT TIEDOT

<input type="checkbox"/> Toistaiseksi voimassa oleva työsuhde	<input type="checkbox"/> Yrittäjä	<input type="checkbox"/> Ammatinharjoittaja	Ajankohta (alku - loppu) - (pvä/kk/vuosi)	Viikottainen työtuntien määrä
Työnantajan/Yrityksen nimi				
Osoite			Postinumero- ja paikka	
Työnantajan puhelinnumero			Työtehtävä yrityksessä	

HUOMIO!

Hakemukseen liitettävät asiakirjat:

- Lääkärintodistukset
- Kelan päätös sairauspäivärahan maksamisesta

Henkilötietojen käsittely: Tietoa siitä kuinka käsittelemme henkilötietojasi löydät osoitteesta www.bnpparibascardif.se/henkilotiedot.

ALLEKIRJOITUS - Tarkista, että korvaushakemuslomakkeen kaikki kohdat on täytetty ja kaikki liitteet ovat hakemuksen mukana

Minä, VAKUUTETTU

Valtuutan Kansaneläkelaitoksen, vero- ja eläkevirasto, lääkärit, hoitolaitokset, sairaalat, terveyskeskukset, työterveyskeskukset, mielenterveyskeskukset, vakuutusyhtiöt ja luotonantajan antamaan ja vastaanottamaan tietoja vakuutetun terveydestä, kyseisestä lainasta johon tämän vakuutus on sidottu sekä lisäksi muita tarvittavia tietoja tämän korvaushakemuksen tueksi ja selvittämiseksi.

Annann yllä olevan suostumuksen ja vakuutan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi.

Paikka	Päivämäärä	Allekirjoitus
Henkilötunnus		Nimenselvennys

PALAUTA LOMAKE OSOITTEESEEN:

BNP PARIBAS CARDIF, C/O CRAWFORD & COMPANY, RANTATIE BUSINESS PARK, HERMANNIN RANTATIE 8, 00580 HELSINKI
Lainavakuutuksesta vastaa BNP Paribas Cardif Försäkring AB (org.nr 516406-0567) ja BNP Paribas Cardif Livförsäkring AB (org.nr 516406-0559), Box 24110, 400 22 Göteborg, Ruotsi