

VAKUUTETTUA KOSKEVAT TIEDOT	Vakuutetun sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus	
	Osoite ja postitoimipaikka	Puhelinnumero työ/koti	
	Ovatko sairaanhoidokustannukset aiheutuneet liikennevahingosta, työtapaturmasta tai todetusta ammattitaidista? <input type="checkbox"/> Eivät <input type="checkbox"/> Ovat	Asuuko vakuutettu pysyvästi Suomessa? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Vakinainen asuinkunta
	Onko vakuutettu ollut kustannusten syntyessä hoidossa julkisessa sairaalassa tai laitoksessa? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> On. Missä ja minkä ajan?		
VALTUUTUS JA ALLE- KIRJOITUS	Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja valtuutan vakuutusyhtiö Turvan hakemaan ja saamaan tämän vahinkotapahtuman perusteella maksettavat sairausvakuutuslain mukaiset korvaukset.		
	Paikka ja aika	Vakuutetun, hänen huoltajansa tai edunvalvojansa allekirjoitus	

Kelan hyväksymä lomake n:o 605 SV 04.04

VAKUUTUS- TIEDOT	Vakuutus on <input type="checkbox"/> yksilöllinen <input type="checkbox"/> ryhmävakuutus	Ryhmän tai liiton nimi
	Vakuutuksenottajan nimi	Vakuutus nro
KORVAUKSEN SAAJA	Nimi	Henkilötunnus
	Lähiosoite	Postinumero ja postitoimipaikka
	Rahalaitos ja täydellinen tilinumero	Työnantajan nimi, osoite ja puhelinnumero

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 / omassa osakkeessa <input type="checkbox"/> Muu, mikä	

TAPAHTUMA- TIEDOT	Tapaturman/sairauden sattumisaika / 20	Sattumispaikka Valtio Paikkakunta
	Miten tapaturma sattui/sairaus ilmeni? (Tarkka selostus)	
	Vamman laatu/sairauden nimi (esim. oikean nilkan venähdys)	Mitkä olivat hoitopäivät? (Kuinka monta hoitopäivää/käyntiä yhteensä?)
Missä Teitä hoidettiin? (Sairaalassa, hotellissa, klinikalla, vai muualla, missä?)		

MUITA TIETOJA	Oletteko aikaisemmin sairastanut samanlaista tautia? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, milloin? / - /	Lääkäri/sairaala
	Sattuiko tapaturma liikenteessä? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Työhönpaluupäivä / 20
	Onko poliisitutkinta suoritettu? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Koska ja missä?	Olitteko tapaturman sattuessa alkoholin/huumeiden vaikutuksen alaisena? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä

MUUT VAKUUTUKSET JA YHTIÖT	Onko vakuutetulla muita yksityistapaturma-, sairauskulu- tai matkavakuutuksia? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, missä yhtiössä?
	Haetaanko korvausta samanaikaisesti jostain muusta Turvan vakuutuksesta? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mistä vakuutuksesta?

SAIRAAN- HOITOKULUT	Alkuperäiset tositteet liitteeksi	Määrä	Valuutta
	Lääkäripalkkiot		
	Tutkimukset ja hoito		
	Lääkkeet		
	Muut kulut, mitkä?		
	Maksamattomat laskut		

MATKAN KESKEYTY- MINEN	Milloin Teidän oli tarkoitus palata?	/	20
	Milloin palasitte?	/	20
	Keskeytymisen syy?	Liittäkää mukaan todistus matkan hinnasta sekä tositteet ylimääräisistä matka- ja majoituskuluista.	
	Olitteko sairaalahoitossa?	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
	Minkä ajan?	/	- / 20
	Olitteko lääkärin määräyksestä hotellissa vuodelevossa?	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä
	Minkä ajan?	/	- / 20
	Minkä takia?		

MATKAN PERUUTUS	Milloin matkanne piti alkaa?	/	20	Milloin peruutitte matkanne?	/	20
	Peruutuksen syy?					
	Oletteko saanut matkanjärjestäjältä hyvityksen?	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä			
	Kuinka paljon? (todistus liitettävä mukaan)					

VAHINKO- REKISTERI	Turva luovuttaa sille ilmoitettuja vahinkoja koskevia tietoja vakuutusyhtiöiden yhteiseen tietojärjestelmään. Tällöin Turva tarkistaa, mitä vahinkoja muille vakuutusyhtiöille on ilmoitettu. Tietoja käytetään vain korvauskäsittely yhteydessä vakuutusyhtiöihin kohdistuvan rikollisuuden torjumiseksi.
-------------------------------	--

VALTUUTUS	Vakuutan, että tässä ilmoituksessa antamani tiedot ovat oikeita. Sallin niiden lääkärin, sairaaloiden ja muiden hoitolaitosten, kansaneläkelaitoksen, muiden vakuutusyhtiöiden ja -laitosten, sekä viranomaisten joilla on terveydentilaani ja vahinkotapahtumaan liittyviä tietoja, antaa niitä Keskinäinen Vakuutusyhtiö Turvalle. Sallin Turvan pyytää työnantajalta työsuhteeseen liittyviä tietoja.
------------------	--

ALLE- KIRJOITUS	Vakuutan, että tässä hakemuksessa antamani tiedot ovat oikeita Paikka ja päiväys	Vakuutetun tai hänen edustajansa allekirjoitus
----------------------------	---	--