

UPPGIFTER OM DEN FÖRSÄKRADE	Den försäkrades efternamn och förnamn	Personbeteckning	
	Adress och postanstalt	Telefon arbete/hem	
	Är sjukvårdskostnaderna föranledda av trafikolycka, arbetsolycka eller konstaterad yrkes sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Är den försäkrade fast bosatt i Finland? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Stadigvarande boendekommun
	Har den försäkrade då kostnaderna uppstod vårdats på sjukhus eller vårdinrättning inom den offentliga sektorn? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Var och under vilken tid?		
FULLMAKT OCH UNDERSKRIFT	Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga och ger försäkringsbolaget Turva fullmakt att söka och ta emot de ersättningar enligt sjukförsäkringslagen som betalas på grund av skadefallet.		
	Ort och datum	Underskrift (den försäkrade själv eller vårdnadshavare/intressebevakare)	

Blankett nr 605 SV.04.04 godkänd av FPA

FÖRSÄKRINGS-UPPGIFTER	Försäkringen är <input type="checkbox"/> individuell <input type="checkbox"/> gruppförsäkring	Gruppens eller sammanslutningens namn
	Försäkringstagarens namn	Försäkringsnummer
ERSÄTTNINGSTAGARE	Namn	Personbeteckning
	Näradress	Postnummer och postanstalt
	Bank och fullständigt kontonummer	Arbetsgivarens namn, adress och telefonnummer

UPPGIFTER OM RESAN	Resan började, datum	Resan slutade, datum	Reseverifikat bifogas
	Resans syfte <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Arbete <input type="checkbox"/> Studier <input type="checkbox"/> Annat, vad	Inkvartering <input type="checkbox"/> Hotell/badnrättning/fartyg/vandrarhem/campingplats <input type="checkbox"/> Besök hos släktingar/vänner <input type="checkbox"/> Vistelse i egen fritidsbostad/egen aktie <input type="checkbox"/> Annat, vad	

UPPGIFTER OM HÄNDELSEN	Tid då olycksfallet skedde eller sjukdomen började / 20	Plats där olycksfallet skedde eller sjukdomen började Stat Ort
	Hur skedde olycksfallet/framkom sjukdomen? (Noggrann beskrivning)	
	Skadans art/sjukdomens namn (t.ex. försträckningsskada i höger vrist)	Under vilken tid fick ni vård? (Hur många vård dagar/vårdbesök sammanlagt?)
Var fick ni vård? (På sjukhus, på hotellet, på akutkliniken, på annat ställe, ange var)		

ÖVRIGA UPPGIFTER	Har ni tidigare haft samma sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. När? / - /	Läkare/sjukhus
	Inträffade olyckan i trafiken? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Datum för återkomst till arbetet / 20
	Har polisundersökning genomförts? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. När och var?	Var ni påverkad av alkohol/narkotika vid olycksfallet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

ANDRA FÖRSÄKRINGAR OCH BOLAG	Har den försäkrade andra privatolycksfalls-, sjukkostnads- eller reseförsäkringar? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. I vilka bolag?
	Söks ersättning samtidigt från någon annan försäkring i Turva? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Vilken försäkring?

SJUKVÅRDS- KOSTNADER	Originalverifikat bifogas	Belopp	Valuta
	Läkararvoden		
	Undersökningar och vård		
	Läkemedel		
	Övriga kostnader. Vilka?		
	Obetalda räkningar		

AVBRYTANDE AV RESA	När hade ni för avsikt att återvända hem? / 20
	När återvände ni hem? / 20
	Orsak till att resan avbröts? Bifoga intyg över resans pris samt verifikat på extra rese- och inkvarteringskostnader.
	Var ni intagen på sjukhus? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
	Under vilken tid? / - / 20
	Blev ni av läkare ordinerad sängläge på hotellet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Under vilken tid? / - / 20	
Varför?	

ANNULLERING AV RESA	När skulle ni ha avrest? / 20	När annullerade ni er resa? / 20
	Orsak till att resan annullerades?	
	Har ni fått gottgörelse av researrangören? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
	Hur mycket? (bifoga bevis)	
Om ni söker ersättning för flera skadehändelser samtidigt, bunta ihop verifikaten per händelse och redogör för varje händelse separat. Fyll i fullmakten om ni vill att Turva söker ersättning från FPA på era vägnar. Observera att ansökningstiden för FPA-ersättning är 6 månader.		

SKADE- REGISTER	Turva lämnar ut uppgifter om anmälda skador till försäkringsbolagens gemensamma datasystem. Härvid kontrollerar Turva vilka skador som anmälts till andra försäkringsbolag. Uppgifterna används endast i samband med ersättningshandläggningen för att bekämpa brottslighet som riktar sig mot försäkringsbolagen.
--------------------	--

FULLMAKT	Jag försäkrar att de uppgifter som jag lämnat i skadeanmälan är riktiga. Jag tillåter att uppgifter som läkare, sjukhus och andra vårdinrättningar, folkpensionsanstalten, andra försäkringsbolag och försäkringsanstalter samt myndigheter har om mitt hälsotillstånd och om skadefallet ges till Ömsesidiga Försäkringsbolaget Turva. Jag tillåter att Turva begär uppgifter om anställningsförhållandet från min arbetsgivare.
----------	---

UNDERSKRIFT	Jag försäkrar att uppgifterna i ersättningsansökan är riktiga. Ort och datum	Underskrift (den försäkrade eller hans/hennes företrädare)
-------------	---	--