

UPPGIFTER OM DEN FÖRSÄKRADE	Den försäkrades efternamn och förnamn	Personbeteckning	
	Adress och postanstalt	Telefon arbete/hem	
	Är sjukvårdskostnaderna föranledda av trafikolycka, arbetsolycka eller konstaterad yrkessjukdom? <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	Försäkringstagarens namn	Försäkringsnummer	
HÄNDELSE-UPPGIFTER OM SJUKDOM OM OLYCKSFALL	A. Sjukdom	Har den försäkrade tidigare haft motsvarande sjukdom för vilken nu söks ersättning?	
	När visade sig de första symptomen? / 20	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
	Har något försäkringsbolag betalat ersättning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Vilket bolag?		
	B. Olycksfall	Plats där olyckan skäddes	
	Datum och klockslag då olyckan skäddes / 20 kl.	Arbetsgivarens namn och adress	
	Den försäkrades yrke		
	Olyckan inträffade <input type="checkbox"/> i eget arbete eller vid resa i samband med sådant <input type="checkbox"/> i arbete för annan eller vid arbetsresa <input type="checkbox"/> under fritid <input type="checkbox"/> i skolan eller under skolfärd		
	Olyckan inträffade <input type="checkbox"/> under motionsidrott <input type="checkbox"/> under träning eller tävling arrangerad av idrottsförening (namn?)		
Var den försäkrade påverkad av rusmedel eller narkotiska medel då olyckan inträffade? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Vilket slag av alkohol/narkotiskt medel, hur stor mängd och hur lång tid före olyckan?			
Har polisundersökning genomförts? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. När och var? / 20			

BESKRIVNING AV SJUKDOMEN/ OLYCKSFALLET	Detaljerad beskrivning av hur sjukdomen framkom eller hur olycksfallet skedde <div style="text-align: right;">Fortsätt vid behov under punkten Tilläggsuppgifter</div>		
---	---	--	--

UNDER-SÖKNINGAR OCH VÅRD	När vände sig den försäkrade första gången till läkare? / 20	Läkare/sjukhus
	Skadans/sjukdomens art	Datum för återkomst till arbetet / 20

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?
	Är det fråga om trafikskada? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, motpartens namn, registreringsnummer och försäkringsbolag	

ERSÄTTNINGSTAGARE	Namn	Personbeteckning
	Näradress	Postnummer och postanstalt
	Bank och fullständigt kontonummer	

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. För att kunna skaffa de uppgifter som behövs får Turva lämna ut individualiserade uppgifter om mitt hälsotillstånd och min försäkring till de nämnda instanserna.
-----------------	---

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

