

Valitse korvaus <input type="checkbox"/> Vakava sairaus <input type="checkbox"/> Tapaturmainen pysyvä haitta

Henkilöt- ja yhteystiedot

Vakuutetun nimi	Henkilötunnus	
Osoite	Postinumero	Postitoimipaikka
Yrityksen nimi	Y-tunnus	
Vakuutetun sähköpostiosoite	Puhelin	

Lisäselvityspyynnöissä ottakaa minuun yhteyttä ensisijaisesti
 kirjeitse sähköpostitse puhelimitse

Huomioithan, että sähköpostiyhteys on suojaamaton. Tietosuojasystä emme lähetä sähköpostia, joka sisältää henkilötunnuksen tai muuta arkaluonteista tietoa (esim. sairauskertomus).

Suostun siihen, että vakuutusyhtiö voi lähettää minulle korvausasiaani koskevia vakuutussalaisuuden alaisia viestejä yllä mainittuun sähköpostiini. Olen tietoinen, että yhteys on suojaamaton ja sähköpostijärjestelmän turvattomasta luonteesta johtuen vakuutusyhtiö ei voi taata sähköpostiviestinnän luotettavuutta.

kyllä ei

Selvitys sairaudesta tai tapaturmasta

Mikä sairaus tai tapaturma on kyseessä? (diagnoosi)		
Sairauden alkamispäivä?	Tapaturman sattumispäivä?	Milloin lääkärinhoito alkoi?
Hoitopaikan tai sairaalan nimi		
Jos olette ollut aikaisemmin saman vamman tai sairauden vuoksi hoidossa tai tutkimuksissa, täytä seuraavat tiedot Hoitopaikan nimi ja osoite		Päivämäärä
Oma kuvaus sairaudesta tai tapaturmasta?		
Työterveyshuollon nimi ja osoite		
Mistä alkaen olet käyttänyt kyseistä työterveyshuoltoa?		
Oletko käynyt lääkärissä julkisessa tai yksityisessä terveydenhuollossa vakuutuksen alkamista edeltäneen 12 kk:n aikana? <input type="checkbox"/> kyllä (selvitys alle) <input type="checkbox"/> ei		
Selvitys, paikka, aika ja syy		
Onko sinulla säännöllistä lääkärin määräämää lääkitystä (esim. verenpainelääkitys) <input type="checkbox"/> kyllä (selvitys alle) <input type="checkbox"/> ei		
Mikä lääkitys ja mistä alkaen?		

Luottoa koskevat tiedot (Luotonantaja täyttää)

Osuuspankin nimi		Y-tunnus
Osoite	Postinumero	Postitoimipaikka
Vakuutetun luoton numero	Luottosopimuksen alkamispäivä	
IBAN-pankkitilinumero Osuuspankissa FI		
Pankin toimihenkilön nimi, puhelin ja sähköpostiosoite		

Korvaushakemuksen liitteet

Tarkista vielä ennen korvaushakemuksen lähettämistä seuraavat asiat:

Korvaushakemuksen kaikki kohdat on täytetty.
 Korvaushakemus on allekirjoitettu.

Seuraavat liitteet (kopiot) ovat hakemuksen mukana

PAD-lausunto tai sairauskertomukset, joista käy ilmi sairauden diagnoosi ja sen toteamispäivä (syöpä).
 Sairauskertomukset, joista käy ilmi toiminnanvajavuus ja haitan tarkka kuvaus (aivohalvaus).
 Sairauskertomukset (sydäninfarkti, sepelvaltimoiden ohitusleikkaus, munuaisten vajaatoiminta, suuri elinsiirto, MS-tauti).
 Sairauskertomukset, joista käy ilmi toiminnanvajavuus ja haitan tarkka kuvaus (tapaturmainen pysyvä haitta).

Huomioithan seuraavat asiat:

- 1 Korvauskäsittely voidaan aloittaa, kun allekirjoitetun korvaushakemuksen lisäksi kaikki edellä mainitut liitteet on toimitettu. Saatamme hakemuksen liitteineen, käsittelemme sen. Mikäli emme voi tehdä päätöstä toimitettujen asiakirjojen perusteella, pyydämme tarvittavia lisätietoja ja ilmoitamme asiasta sinulle.
- 2 Huomioithan, että emme palauta alkuperäisiä asiakirjoja. Suosittelemme kopioiden lähettämistä yhtiöömme.
- 3 Lisätietoja korvauksen hakemisesta saat korvauspalvelustamme puhelimitse 010 802 842 tai sähköpostitse asiakaspalvelu@partners.axa.

Pyydämme lähettämään korvaushakemuksen liitteineen osoitteeseen
AXA / Korvauspalvelu, PL 67, 00501 Helsinki

Sitoumus ja valtuutus

Sitoudun käyttämään kaikki tämän hakemuksen perusteella maksettavat korvaukset luottoni maksamiseksi luottosopimuksessa mainitulle luotonantajalle. Hyväksyn, että vakuutuskorvaukseni maksetaan edellä sovitulle tilille, joka voidaan muuttaa vain luotonantajan ja allekirjoittaneen suostumuksella. Vakuutan, että kaikki antamani tiedot ovat oikein. Jos jokin edellä mainituista tiedoista, jotka olen antanut (tai joku muu asianmukaisesti valtuuttamani henkilö on puolestani antanut) on väärä, ymmärrän, että voin menettää oikeuteni korvauksiin ja vakuutusturvani voi päättyä.

Valtuutan AXAn tämän korvaushakemuksen käsittelemistä varten pyytämään ja vastaanottamaan tietoja ammatistani ja terveydestäni sekä muita tarvittavia tietoja työnantajaltani, edellisiltä työnantajiltani, työvoimaviranomaisilta, työttömyyskassoilta, Kansaneläkelaitokselta, verotoimistoista, lääkäreiltä, sairaaloilta, terveyskeskuksilta, mielenterveystoimistoilta, vakuutusyhtiöiltä ja luotonantajalta.

AXA ilmoittaa luotonantajalle korvauksen maksamisen aloittamisesta sekä kielteisistä korvauspäätöksistä ja sitoutuu maksamaan korvaukset vain edellä sovitulle tilille. Tästä valtuutuksesta voidaan ottaa kopioita.

Henkilötunnus

Päivämäärä ja paikka

Vakuutetun allekirjoitus ja nimenselvennys

AXA / Asiakaspalvelu, PL 67, 00501 Helsinki
asiakaspalvelu@partners.axa
Palvelunumero 010 802 842