

Vahinkonumero	Alkamispäivä
---------------	--------------

HENKILÖTIEDOT		
Nimi (sukunimi ensin)		Henkilötunnus
Lähiosoite		
Postinumero ja -toimipaikka	Puhelin kotiin / työhön /	
PANKKIYHTEYS		
IBAN-pankkitilinumero	Pankin BIC-koodi OKOYFIHH	Kenen tili, jos ei vakuutetun
Toimihenkilön nimi, puhelin ja sähköpostiosoite		
TAPAHTUMATIEDOT		
Tapaturman tai sairauden laatu		
Oma kertomus tapahtumasta tai sairaudesta		
Tapaturman tai sairauden alkamisajankohta		
Tapaturmissa myös kellonaika ja tapahtumapaikka		
Onko poliisitutkinta pidetty? Jos on, pyydämme toimittamaan poliisitutkintapöytäkirjan ☐ Ei ☐ Kyllä		
Oliko vahingoittunut alkoholin tai huumeiden vaikutuksen alaisena? ☐ Ei ☐ Kyllä		Nautittu määrä?
Silminnäkijöiden nimet ja osoitteet		

HOITOTIEDOT	
Lääkärinhoito alkoi	Hoitaneen lääkärin nimi ja toimipaikka?
Keitä lääkäreitä olette myöhemmin käyttänyt (myös toimipaikka)?	
Teitä nykyisin hoitavan lääkärin nimi ja toimipaikka?	
Oletteko ollut aikaisemmin saman sairauden tai tapaturman vuoksi sairaalahoidossa tai tutkimuksissa?	
Sairaalan nimi	Hoitoaika
Sairaalan nimi	Hoitoaika
Oletteko saanut kuntoutusta?	
☐ Ei ☐ Kyllä, missä?	Milloin?
MUUT KORVAUKSET	
Oletteko hakenut saman sairauden tai tapaturman vuoksi korvauksia jostain toisesta vakuutusyhtiöstä?	
☐ Ei ☐ Kyllä, mistä?	
LISÄTIETOJA	
KORVAUSHAKEMUKSEN LIITTEET	
☐ Lääkärinlausuntoja kpl ☐ Sairaalan antama ilmoitus sairaalassaolosta	
Kuolintapauksessa lisäksi	Kuolinaika, päivämäärä
	☐ Kuolintodistus (sisältää virkatodistuksia kpl Valtakirjoja kpl)
Muita asiakirjoja, mitä?	
Toimitetaan myöhemmin, mitä?	
ALLEKIRJOITUKSET	
Valtuutus Valtuutan / valtuutamme AXAn tämän korvaushakemuksen käsittelemistä varten pyytämään ja vastaanottamaan tietoja vakuutetun terveydestä ja muita tarvittavia tietoja Kansaneläkelaitokselta, vakuutettua tutkineilta ja hoitaneilta lääkäreiltä, sairaaloilta, terveyskeskuksilta, mielenterveystoimistoilta, vakuutusyhtiöiltä ja veroviranomaisilta. Tästä valtuutuksesta voidaan ottaa kopioita.	
Päivämäärä ja paikka	
Vakuutetun, hänen holhoojansa tai muun korvauksenhakijan allekirjoitus	
Nimenselvennys	
Pyydämme lähettämään korvaushakemuksen liitteineen osoitteeseen: AXA / Korvauspalvelut PL 67, 00501 Helsinki Lisätietoja korvauskäsittelystä saatte palvelunumerosta 010 802 841	