

- Sjukdom: vårdkostnader, arbetsoförmåga
- Olycksfall: vårdkostnader, arbetsoförmåga
- Men till följd av olycksfall
- Dödsfall genom olycksfall

	I vilket av våra regionbolag är ni kund?	Försäkringsnummer	
Försäkrad	Efternamn och alla förnamn	Personbeteckning	Adressen gäller <input type="checkbox"/> alla försäkringar
	Adress	Postnummer	Ort
	Telefonnummer	Yrke	
	E-postadress	<input type="checkbox"/> Jag vill att Lokaltapiola använder e-post för att förmedla information om skadefallet. <input type="checkbox"/> E-posten är okrypterad.	
Försäkrings- tagare (om inte samma som den försäkrade)	Namn	Personbeteckning / Fo-nummer	
	Adress	Postnummer	Ort
	Telefonnummer	<input type="checkbox"/> Försäkringstagare <input type="checkbox"/> Försäkrad	
Ersättnings- sökande	Namn	Personbeteckning	
	Adress	Postnummer	Ort
	Kontonummer	Telefonnummer	
Utredning av sjukdom	Datum då sjukdomen eller symptomen börjat	Datum då läkarvården påbörjades	
	Tiden för sjukhusvården	Namnet på sjukhuset	
	Vårdanstalt och namn på vårdande läkare		
	Har ni tidigare lidit av samma sjukdom eller symptom i anslutning till den?		
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, datum för första läkarbesöket, uppgifter om vårdinrättning och vårdtider		
	Period av arbetsoförmåga	Kopia på skattekort för biinkomst eller ändringsskatte kort för förmånen i fråga	
	<input type="checkbox"/> Bilaga <input type="checkbox"/> Nej (skatt 50 %)		
Egen beskrivning av sjukdomen och när dess symptom började			

Utredning av olycksfallet	Datum och klockslag då olycksfallet inträffade	Datum då läkarvården påbörjades samt vårdanstalt	Platsen där olycksfallet inträffade		
	Skadan inträffade				
	<input type="checkbox"/> I förvärsarbete, under resa i anknytning till förvärsarbete eller under resa från bostaden till arbetsplatsen/arbetsplatsen till bostaden		<input type="checkbox"/> I företagarkerksamhet eller annat arbete som motsvarar företagarkerksamhet, under resa i anknytning till sådan verksamhet eller sådant arbete eller under resa från bostaden till arbetsplatsen/arbetsplatsen till bostaden	<input type="checkbox"/> Trafikskada	
	<input type="checkbox"/> På fritiden	<input type="checkbox"/> I idrott	<input type="checkbox"/> I skolan eller på väg till eller från skolan	<input type="checkbox"/> I dagvården	<input type="checkbox"/> Annan, vilken _____
	<input type="checkbox"/> I match, tävling eller träning arrangerad av idrottsförening				
	Gren		Föreningens namn		
Skadad kroppsdel			<input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Höger		
Har samma kroppsdel skadats eller visat symptom tidigare?					
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, när?					
Vårduppgifter	Period av arbetsförmåga		Kopia på skattekort för biinkomst eller ändringsskatte kort för förmånen i fråga		
			<input type="checkbox"/> finns som bilaga <input type="checkbox"/> Nej (skatt 50 %)		
	Hade den skadade intagit alkohol eller rusmedel?				
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, hur mycket?				
Polisundersökning		Namn på polisinsättning			
<input type="checkbox"/> har inte gjorts <input type="checkbox"/> har gjorts					
Egen redogörelse för olycksfallet och orsakerna					
Övriga försäkringar	Har ni sökt eller fått ersättning med stöd av någon lagstadgad eller frivillig försäkring eller med stöd av annan lag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Varifrån?				
Bilagor	<ul style="list-style-type: none"> - Kostnadsverifikat i original eller FPA:s ersättningsbeslut i original och kopior på anknytande verifikat. - Kopia på recept eller apotekets läkemedelsberäkning samt apotekskvitto i original. - Fakturor och kvitton på sjukhusets vård- och poliklinikavgifter. - Förundersökningsprotokoll om fallet undersökts av polisen. <p>Vilka utredningar och handlingar som behövs för ersättningshandläggningen preciseras i allmänhet under handläggningen. Vid behov begär vi separat tilläggsutredningar eller handlingar som behövs för handläggningen.</p>				
Skadereglering	LokalTapiola överläter uppgifter om anmälda skadefall till försäkringsbolagens gemensamma skaderegister. Samtidigt kontrollerar LokalTapiola vilka skador som har anmälts till andra försäkringsbolag. Uppgifterna används i samband med ersättningshandläggningen för att förhindra kriminella gärningar mot försäkringsbolagen				
Fullmakt	Jag ger mitt samtycke till att läkare, sjukhus, hälsocentraler, rådgivningsbyråer, företagshälsovårdsenheter, mentalvårdsbyråer och privata sjukvårdsinrättningar som undersökt och vårdat den försäkrade samt andra försäkringsbolag och försäkrings- och pensionsanstalter överläter personliga uppgifter om den försäkrades hälsotillstånd till LokalTapiola-gruppen när dessa uppgifter är nödvändiga för att handlägga denna ansökan och eventuella ersättningsärenden. För att skaffa nödvändiga uppgifter kan nämnda bolag överlåta individuella uppgifter som gäller den försäkrades hälsotillstånd och försäkringar till aktörerna ovan. Jag ger ovannämnda samtycke och försäkrar att uppgifterna som jag har lämnat i denna ansökan är riktiga.				
Underskrift	Ort och datum	Telefonnummer kl. 8-17			
	Den försäkrades underskrift	Försäkringstagarens underskrift			

Ersättningsansökan

Till FPA:s lokalkontor/arbetsplatskassa

Ansökan fylls i alltid när man vill att försäkringsbolaget även ska ersätta den på sjukförsäkringslagen baserade andelen av sjukvårdskostnaderna.

Personuppgifter	Den försäkrades efternamn och alla förnamn		
	Personbeteckning	Stadigvarande boningsort	
	Adress	Telefonnummer	
Ersättningsuppgifter	Har kostnaderna uppstått till följd av trafikskada, olycksfall i någon annans tjänst eller yrkessjukdom?		Ersättningen betalas till LokalTapiolas konto nr.
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Underskrift	Har den försäkrade fått ersättning från någon annan part? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
	Från vilken part?		
Underskrift	Jag försäkrar att uppgifterna jag gett i ansökan är korrekta		
	Ort och datum	Den försäkrades eller ombudets underskrift	