

	I vilket av våra regionbolag är ni kund?	Försäkringsnummer	
Försäkrad	Efternamn och alla förnamn	Personbeteckning	
	Adress	Postnummer	Ort
	Telefonnummer	E-postadress	<input type="checkbox"/> Jag vill att LokalTapiola använder e-post för att förmedla information om skadefallet. E-posten är okrypterad.
Försäkrings- tagare (om inte samma som den försäkrade)	Namn	Personbeteckning / Fo-nummer	
	Adress	Postnummer	Ort
	Telefonnummer		
Ersättnings- sökande	Namn	Personbeteckning	
	Adress	Postnummer	Ort
	Telefonnummer	Kontonummer	
Uppgifter om resan	Syftet med resan <input type="checkbox"/> Arbete <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Studier	Resemål (stad och land)	
	Resans begynnelse datum	Resans slutdatum	Inkvarteringsform (hotell, egen fritidsbostad, annan vad?)
Sjukdom under resa	Datum och klockslag för insjuknande	Ort för insjuknande	
	Datum då läkarvården påbörjades samt vårdanstalt	Har ni tidigare haft motsvarande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	På vilken vårdanstalt har ni tidigare vårdats för sjukdomen?	Läkarutlåtande <input type="checkbox"/> finns som bilaga <input type="checkbox"/> levereras <input type="checkbox"/> LokalTapiola måste begära	
Olycksfall under resa	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 anknäytning 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 anknäytning 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"/> 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?		På vilken vårdanstalt har ni tidigare vårdats för skadan eller symptomen?
	Läkarutlåtande <input type="checkbox"/> finns som bilaga <input type="checkbox"/> levereras <input type="checkbox"/> LokalTapiola måste begära		
	Period av arbetsförmåga _____ <input type="checkbox"/>		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 <input type="checkbox"/> har inte gjorts <input type="checkbox"/> har gjorts		Namn på polisinställning _____
Beskrivning av skadefallet	Noggrann redogörelse för skadefallet och orsakerna; hur olycksfallet inträffade eller vilka sjukdomssymptom ni hade och när uppkom dessa?		
	Specificera kostnaderna som uppstått på sida 2.		

Specificera kostnaderna som uppstått	
Övriga försäkringar	Har ni sökt eller fått ersättning med stöd av någon lagstads- gad eller frivillig försäkring eller med stöd av annan lag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Varifrån?
Annullerad resa	Av vilken orsak annullerades resan? Datum för resans bokning När annullerade ni resan? Har ersättning för annullering av resa sökts från researrangören? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Annuleringskostnader
Avbruten resa	Av vilken orsak avbröts resan? När återvände ni från resan? När hade ni för avsikt att återvända från resan enligt den ursprungliga resplanen? Extra resekostnader Tiden för sjukhusvården Resans totalpris
Försening från resa	Av vilken orsak försenade ni er från resan? När inträffade förseningen? Extra resekostnader
Tilläggs- information	
Bilagor till skadeanmälan	Antal bilagor Vänligen skicka oss följande utredningar: – Läkare-/tandläkarutlåtande om ni har planer på vårdåtgärder – Transportföretagets intyg över orsaken till förseningen från resan – Läkrintyg, om er resa annullerades på grund av sjukdom eller olycksfall – Fpa:s ersättningsbeslut i original och kopior på anknytande verifikat – Förundersökningsprotokoll om fallet undersökts av polisen 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.
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 försäkrar att uppgifterna jag gett i anmälan är korrekta. Jag tillåter att de läkare, sjukhus och övriga vårdinrättningar, Folkpensionsanstalten samt övriga försäkringsbolag och -anstalter som har uppgifter om mitt hälsotillstånd och skadefall överläter uppgifterna till LokalTapiola-gruppen.
Underskrift	Ort och datum Telefonnummer kl. 8-17 Den försäkrades underskrift Försäkringstagarens underskrift

Ersättningsansökan

Till FPA:s lokalkontor/arbetsplatskassa

Ansökan fylls in 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
Ersättnings- uppgifter	Har kostnaderna uppstått till följd av trafikskada, olycksfall i någon annans tjänst eller yrkessjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Ersättningen betalas till LokalTapiolas konto nr. 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