

## Korvaushakemus

## Lainaturva

Vastaanottaja Sp-Henkivakuutus Oy PL 6001 02066 Docuscan	<input type="checkbox"/> Pysyvä työkyvyttömyys <input type="checkbox"/> Tapaturmainen pysyvä haitta	<input type="checkbox"/> Tapaturmainen pysyvä työkyvyttömyys <input type="checkbox"/> Työttömyys
Vakuutusnumero/Lainanumero		

<b>Vakuutettu</b> (vahingoittuneen tiedot)	Nimi	Henkilötunnus	
	Osoite, postinumero ja -toimipaikka		
	Syntymämaa	Kansalaisuus/kansalaisuudet	
	Sähköpostiosoite	Puhelinnumero	
	Suostun siihen, että vakuutusyhtiö voi lähettää minulle korvausasiaani koskevia vakuutus-salaisuuden alaisia viestejä yllä mainittuun sähköpostiini. Olen tietoinen siitä, että yhteys on suojaamaton ja vakuutusyhtiö ei voi taata sähköpostiviestinnän luotettavuutta. <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		
	Mihin maihin olet yleisesti verovelvollinen? Lisätietoja FATCA/CRS/DAC <sup>1)</sup> <input type="checkbox"/> Suomi <input type="checkbox"/> Yhdysvallat Verotunniste: _____ <input type="checkbox"/> Muu maa Verotusmaa: _____ Verotunniste: _____ Verotusmaa: _____ Verotunniste: _____		
	Poliittisen vaikutusvallan selvittäminen <sup>2)</sup>	Oletko itse tai onko joku läheisesi toiminut merkittävässä julkisessa tehtävässä viimeisen vuoden aikana? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Kuka tehtävässä on toiminut ja hänen sukulaisuus-/kumppanuussuhteensa sinuun? Missä tehtävässä? Missä valtiossa?	
IBAN-pankkitilinumero	Pankin BIC-koodi		
<b>Vakuutuksenottaja</b> <input type="checkbox"/> (sama kuin vakuutettu)	Nimi	Henkilötunnus/Y-tunnus	
	Osoite, postinumero ja -toimipaikka		
	Sähköpostiosoite	Puhelinnumero	
<b>Luottosopimuksen tiedot</b> (luotonantaja täyttää)	Lainan myöntämispäivä	Laina-aika, kk	Lainan määrä ja lainan kuukausierä vakuutustapahtumahetkellä
	Lainan myöntäneen pankin nimi ja yhteystieto		Y-tunnus
	Pankin yhteyshenkilö ja sähköpostiosoite		
<b>Selvitys sairaudesta/ tapaturmasta</b>	Onko kyseessä <input type="checkbox"/> Sairaus <input type="checkbox"/> Tapaturma		
	Sairauden alkamispäivä tai tapaturman sattumispäivä	Työkyvyttömyyden alkamispäivä	
	Yksityiskohtainen selvitys siitä, miten sairaus tai vamma aiheutui		
	Oletteko aiemmin loukannut saman ruumiinosan tai sairastanut samaa sairautta tai onko teillä ollut siihen liittyviä oireita? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, milloin?		

<b>Tapaturman tapahtumatiedot</b>	Tapaturma sattui <input type="checkbox"/> työssä <input type="checkbox"/> työmatkalla <input type="checkbox"/> vapaa-aikana <input type="checkbox"/> liikennevahingossa <input type="checkbox"/> muualla missä?		
	Onko poliisitutkinta pidetty? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä   Jos poliisitutkinta pidetty, pyydämme toimittamaan poliisitutkintapöytäkirjan.		
	Olitteko tapaturman sattuessa alkoholin tai muun huumaavan aineen vaikutuksen alainen? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, minkä ja nautittu määrä?		
<b>Hoitotiedot</b>	Lääkärinhoidon alkamispäivämäärä		
	Lääkärin ja sairaalan tai hoitolaitoksen nimi		
	Myöhemmin hoitaneiden lääkäreiden nimet sekä hoitopaikat ja -ajat		
<b>Työttömyys</b>	Milloin työsuhde alkoi?	Milloin työsuhde päättyi?	Työtunteja/ vko
	<b>Työsuhdetta koskevat tiedot</b> Työsuhteenne päättyi <input type="checkbox"/> työnantajan taloudellisista/tuotannollisista syistä <input type="checkbox"/> työnantajan konkurssin seurauksena <input type="checkbox"/> määräaikaisen työsuhteen päättymisen johdosta <input type="checkbox"/> lomautuksen johdosta <input type="checkbox"/> oma pyyntö <input type="checkbox"/> koeaikana, mistä syystä? <input type="checkbox"/> muusta syyistä kuin yllä mainitut, mikä?		
<b>Työnantajan tiedot</b>	Oletteko ilmoittautuneet työvoimatoimistoon työttömäksi työnhakijaksi? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		
	Työnantaja		Puhelinnumero
	Lähiosoite, postinumero ja -toimipaikka		
<b>Muu vakuutusturva</b>	Onko saman sairauden/tapaturman johdosta haettu/saatu korvausta tapaturmavakuutuslain perusteella? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, vakuutusyhtiön nimi?		
	Onko saman sairauden/tapaturman johdosta haettu/saatu työkyvyttömyysetuja tai muita korvauksia eläkelakien tai vapaaehtoisten vakuutusten perusteella? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, vakuutusyhtiön nimi?		
	Onko saman tapaturman johdosta haettu/saatu korvausta liikennevakuutuslain perusteella? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Vakuutusyhtiö	Ajoneuvon rekisterinumero
<b>Suostumus henkilötietojen käsittelyyn</b>	Tässä ilmoituksessa annetut tiedot vakuutan oikeaksi. Niiden lääkärin, sairaaloiden, Kansaneläkelaitoksen ja muiden laitosten tai henkilöiden, joilla on tietoa minusta ja terveydentilastani, sallin antaa yhtiölle tämän hakemuksen käsittelemistä varten yhtiön tarpeelliseksi katsomia selvityksiä. <input type="checkbox"/> Annan suostumukseni siihen, että vakuutuksenantajat ja pankki saavat luovuttaa toisilleen vakuutus-sopimuksen ja korvausasian hoitamisessa tarpeellisia henkilötietojani sekä vakuutus- ja luottosopimusta koskevia tietoja. Sallin tietojen antamisen toiselle vakuutusyhtiölle vahinkotapahtumaa koskevan korvausasian käsittelyä varten.		
<b>Vahinkotietojen käsittely</b>	LähiTapiola luovuttaa tietoja sille ilmoitetuista vahingoista vakuutusalan yhteiseen tietojärjestelmään. Korvaushakemusten käsittelyn yhteydessä tarkistetaan, mitä vahinkoja muille vakuutuslaitoksille on ilmoitettu. Tietoja käytetään tietosuojalautakunnan asettamien lupaehtoien mukaisesti ainoastaan vakuutusyhtiöihin ja -yhdistyksiin kohdistuvan rikollisuuden ehkäisemiseen ja paljastamiseen.		
<b>Allekirjoitus</b>	Paikka ja päivämäärä	Vahingoittuneen allekirjoitus	
	Paikka ja päivämäärä	Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys (jos eri kuin vahingoittunut)	

**Ohjeita korvaushakemuksen täyttämiseen****Korvaushakemuksen liitteet**

## Työttömyys:

Työsopimus, irtisanomisilmoitus, verokortti ja TE-palveluiden todistus työnhaun voimassaolosta sekä maksutositteet työttömyyspäivärahasta.

## Pysyvä työkyvyttömyys/tapaturmainen pysyvä työkyvyttömyys:

- B- tai E-lääkärintlausunto
- Jos olet saanut lausunnon eläkettä tai muuta varten tai jos sinulle on myönnetty eläke, kopio siitä hakemukseen.

## Tapaturmainen pysyvä haitta:

- B- tai E-lääkärintlausunto

<sup>1)</sup> FATCA on lyhenne sanoista Foreign Account Tax Compliance Act, joka on yhdysvaltalaisesta verolainsäädäntöä. Mainitun lainsäädännön tarkoituksena on tunnistaa Yhdysvaltoihin verovelvolliset henkilöt ja näiden Yhdysvaltojen ulkopuolella hallinnoimat finanssitilit ja varat.

CRS on OECD:n julkaisema ”Common Reporting Standard”, jonka määräysten mukaisesti toimivaltaisten viranomaisten välisen sopimuksen (Competent Authority Agreement) allekirjoittaneet valtiot ovat sitoutuneet vaihtamaan finanssilitietoja koskevia tietoja.

<sup>2)</sup> Laki rahanpesun ja terrorismin rahoittamisen estämisestä edellyttää luotto- ja rahoituslaitoksia selvittämään, onko henki- tai muun sijoitusvakuutuksen edunsaaja poliittisesti vaikutusvaltainen henkilö.

Läheisellä tarkoitetaan henkilön

- aviopuolisoa, aviopuoliso on rinnastettavaa kumppania (ei kuitenkaan avopuolisoa), lasta, lapsen aviopuolisoa tai aviopuoliso on rinnastettavaa kumppania (ei kuitenkaan avopuolisoa), vanhempaa
- yhtiökumppania tai henkilöä, jolla on muu läheinen liikesuhde merkittävässä julkisessa tehtävässä toimivan henkilön tai tämän perheenjäsenen kanssa.

Merkittävä julkinen tehtävä tarkoittaa toimimista

- a) valtionpäämiehenä, hallituksen päämiehenä, ministerinä, vara- tai apulaisministerinä;
- b) parlamentin jäsenenä;
- c) poliittisten puolueiden johtolinten jäsenenä;
- d) ylimpien tuomioistuinten, perustuslakituomioistuimen tai muun vastaavan oikeuselimen jäsenenä, jonka päätöksiin ei voida poikkeustapauksia lukuunottamatta hakea muutosta;
- e) tilintarkastustuomioistuimen ja valtiontalouden tarkastusvirastoa vastaavan valtion varainhoitoa tarkastavan ylimmän päättävän elimen jäsenenä;
- f) keskuspankin johtokunnan jäsenenä;
- g) suurlähettiläänä tai asiainhoitajana;
- h) puolustusvoimissa vähintään kenraalikuuntaan kuuluvana upseerina;
- i) valtion kokonaan omistaman yrityksen hallinto-, johto- ja valvontaelimen jäsenenä; tai
- j) kansainvälisten yhteisöjen johtajana, varajohtajana ja hallituksen jäsenenä.

**Neuvonta**

Sp-Henkivakuutus Oy  
Puhelin 010 572 1001