

VAKUUTETTUA KOSKEVAT TIEDOT	Vakuutetun sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus	
	Osoite ja postitoimipaikka	Puhelinnumero työ/koti	
	Ovatko sairaanhoidokustannukset aiheutuneet liikennevahingosta, tapaturmasta tai todetusta ammattitaudista? <input type="checkbox"/> Eivät <input type="checkbox"/> Ovat	Asuuko vakuutettu pysyvästi Suomessa? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Vakinainen asuinkunta
	Onko vakuutettu ollut kustannusten syntyessä hoidossa julkisessa sairaalassa tai laitoksessa? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> On. Missä ja minkä ajan?		
VALTUUTUS JA ALLE-KIRJOITUS	Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja valtuutan vakuutusyhtiö Turvan hakemaan ja saamaan tämän vahinkotapahtuman perusteella maksettavat sairausvakuutuslain mukaiset korvaukset.		
	Paikka ja aika		
	Vakuutetun, hänen huoltajansa tai edunvalvojansa allekirjoitus		

Kelan hyväksymä lomake n:o 605 SV 04.04

VAKUUTUS-TIEDOT	Vakuutuksenottajan nimi	Vakuutuksen numero
TAPAHTUMATIEDOT SAIRAUDESTA	A. Sairaus Milloin ensimmäiset oireet ilmenivät? / 20	Onko vakuutetulla ollut aikaisemmin vastaavaa sairautta kuin mistä nyt haetaan korvausta? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä
TAPATURMASTA	Onko jokin vakuutusyhtiö korvannut? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> On. Mikä yhtiö?	
	B. Tapaturma Sattumisaika / 20 klo	Sattumispaikka
	Vakuutetun ammatti	Työnantajan nimi ja osoite
	Tapaturma sattui <input type="checkbox"/> omassa työssä tai siihen liittyvällä matkalla <input type="checkbox"/> toisen työssä tai työmatkalla <input type="checkbox"/> vapaa-aikana <input type="checkbox"/> koulussa tai koulumatkalla	
	Tapaturma sattui <input type="checkbox"/> kuntoliikunnassa <input type="checkbox"/> urheiluseuran (nimi?) järjestämissä harjoituksissa tai kilpailuissa	
	Oliko vakuutettu tapaturman sattuessa päihdyttävien tai huumaavien aineiden vaikutuksen alaisena? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Mitä alkoholia/huumaavaa ainetta, kuinka paljon ja minkä ajan kuluessa ennen tapaturmaa?	
	Onko poliisitutkinta suoritettu, koska ja missä? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä / 20	
SELVITYS SAIRAUDESTA/ TAPATURMASTA	Yksityiskohtainen selvitys miten sairaus ilmeni tai tapaturma sattui	
	Jatka tarvittaessa kohtaan lisätiedot	
TUTKIMUKSET JA HOITO	Milloin vakuutettu ensimmäisen kerran kääntyi lääkärin puoleen? / 20	Lääkäri/sairaala
	Vamman/sairauden laatu	Työhönpaluupäivä / 20
MUUT VAKUUTUKSET JA YHTIÖT	Onko vakuutetulla muita yksityistapaturma-, sairauskulu- tai matkavakuutuksia? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, missä yhtiössä?	Haetaanko korvausta samanaikaisesti jostakin muusta Turvan vakuutuksesta?
	Onko kyseessä liikennevahinko? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, vastapuolen nimi, rekisterinumero ja vakuutusyhtiö	
KORVAUKSEN SAAJA	Nimi	Henkilötunnus
	Lähiosoite	Postinumero ja postitoimipaikka
	Rahalaitos ja täydellinen tilinumero	
VAHINKO-REKISTERI	Turva luovuttaa sille ilmoitettuja vahinkoja koskevia tietoja vakuutusyhtiöiden yhteiseen tietojärjestelmään. Tällöin Turva tarkistaa, mitä vahinkoja muille vakuutusyhtiöille on ilmoitettu. Tietoja käytetään vain korvauskäsittely yhteydessä vakuutusyhtiöihin kohdistuvan rikollisuuden torjumiseksi.	
VALTUUTUS	Vakuutan, että tässä ilmoituksessa antamani tiedot ovat oikeita. Sallin niiden lääkärin, sairaaloiden ja muiden hoitolaistosten, kansaneläkelaitoksen, muiden vakuutusyhtiöiden ja-laitosten, sekä viranomaisten joilla on terveydentilaani ja vahinkotapahtumaan liittyviä tietoja, antaa niitä Keskinäinen Vakuutusyhtiö Turvalle.	
ALLE-KIRJOITUS	Vakuutan, että tässä hakemuksessa antamani tiedot ovat oikeita	
	Paikka ja päiväys	Vakuutetun tai hänen edustajansa allekirjoitus

