



VAHINKOILMOITUS
Tapaturmavakuutus

Vakuutusnumero
78-20001-42210-7
Käsittelytunnus

VAHINGOITTU- NEEN HENKILÖN TIEDOT	Vakuutetun täydellinen nimi		Henkilötunnus	
	Lähiosoite		Postinumero	Osoitetoimipaikka
	Puhelin kotiin		Matkapuhelin	
	Sähköpostiosoite			
PANKKIYHTEYS	Henkilö, jonka tilille mahdollinen korvaus maksetaan		Täydellinen tilinumero / Pankin ja konttorin nimi	
PALVELUN JÄRJESTÄJÄN YHTEYSTIEDOT	Yrityksen nimi / vastuhenkilö		Osoite	
	Postinumero ja -toimipaikka		Puhelinnumero	
VAKUUTUKSEN OTTAJA	Helsingin kaupunki, Työllisyyspalvelut			
	Osoite PL 310		Postinumero ja -toimipaikka 00099 HELSINGIN KAUPUNKI	
TAPATURMA- TIEDOT	Tapaturma sattui pvm.		klo	Tapahtumapaikka (osoite /sijainti)
	Tapaturma sattui			
	☐ Työkokeilu/-oppipaikassa tai matkalla sinne ☐ Ruokatauolla tai matkalla sinne/-sieltä ☐ Koulutuksessa tai matkalla sinne/-sieltä			
	☐ Työnjohdon asialla tai matkalla sinne/-sieltä ☐ Muualla - missä?			
	Miten tapaturma sattui? Kertokaa, mitä tapahtui ja miksi?			
	Minkälaisia vammoja saitte ja mihin?			
	☐ Oikea ☐ Vasen			
VAMMAN HOITO	Milloin menitte ensi kerran lääkäriin?		Hoitolaitoksen ja lääkärin nimi	
	Hoidettiin Teitä sairaalassa?		Sairaalan nimi	
	☐ Ei ☐ Kyllä			
	Lääkäri, jonka hoidossa olitte sairaalassa?			
AIKAISEMMAT TAPATURMAT TAI SAIRAUDET	Ennen tapaturmaa olleet tapaturmat ja sairaudet			
	Lääkäri, jonka hoidossa olette ollut niiden johdosta			Milloin
AIKAISEMMAT KORVAUKSET	Oletteko saanut jostakin yhtiöstä korvausta aikaisemmin sattuneen tapaturman vuoksi? ☐ Ei ☐ Kyllä		Yhtiön nimi	Korvausvuosi
MUUT KORVAUKSET	Haetteko tämän tapaturman johdosta korvausta jostain muusta vakuutusyhtiöstä? ☐ Ei ☐ Kyllä		Minkä vakuutuksen perusteella?	Yhtiö
ALLEKIRJOITUS	Vakuutan annetut tiedot oikeiksi			
	Allekirjoitus			
	Paikka ja päiväys		Vakuutetun allekirjoitus ja nimenselvennös	

Helsingin Työllisyyspalvelut
PL 310
00099 HELSINGIN KAUPUNKI

Puhelin

+358 9 3103 6107

Internet

tyollisyyspalvelut@hel.fi

Y-tunnus

0201256-6

**LIITE VAHINKOHAKEMUKSEEN
MATKAKULUT**

Vakuutuksen perusteella maksetaan tapaturman hoidosta aiheutuneet **välttämättömät matkakulut** lähimpään lääkäriin, sairaalaan tai muuhun hoitolaitokseen ja takaisin.

Liittäkää mukaan **matkaliput ja hoidonantajan todistus** mm. taksin tai ambulanssin käytöstä.

Matkapäivä	Matkan tarkoitus ja selvitys, mistä - mihin	Lähtöaika	Tuloaika	Ajokilometrit oman auton käytöstä	Matkaliput €
Yhteensä					
ALLEKIRJOITUS	Vakuutan kaikki antamani tiedot oikeiksi Paikka ja päiväys				
	Vakuutuksenottajan allekirjoitus ja nimenselvennys				