

TIEDOT VAKUUTETUSTA	Vakuutusnumero
Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelin
Postinumero ja paikkakunta	Sähköpostiosoite
IBAN-tilinumero	Kansalaisuudet

SELVITYS SAIRAUDESTA JA SEN OIREISTA TAI TAPATURMAN KUVAUS SEKÄ ALKAMISAJANKOHTA

Onko sairauden syynä  
liikennevahinko työtapaturma koulutapaturma kilpaurheilu tai sen harjoittelu muu syy:

Onko sinulla ollut samanlaista sairautta aikaisemmin?  
Ei Kyllä. Ilmoita milloin ja minkäläistä: \_\_\_\_\_ Paranitko täydellisesti? Kyllä Ei

Aikaisemmat hoitopaikat/lääkärit ja hoitoajat:

Oletko hakenut/saanut korvausta muualta?  
Ei Kyllä. Mistä?

SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUS

Ilmoitan suostuvani siihen, että minua tutkineet ja hoitaneet lääkärit, sairaalat, terveyskeskukset, neuvolat, työterveyshuollon yksiköt, mielenterveystoimistot ja yksityiset sairaanhoitolaitokset sekä toiset vakuutusyhtiöt ja vakuutus- ja eläkelaitokset antavat korvausasian käsittelemistä varten tarpeellisia terveydentilaani koskevia henkilötietoja Aktia Henkivakuutus Oy:lle. Tarvittavien tietojen hankkimiseksi Aktia Henkivakuutus Oy voi luovuttaa edellä mainituille tahoille terveydentilaani ja vakuutustani koskevia yksilöityjä tietoja.

Aktia käsittelee rekisterinpitäjänä henkilötietoja tietosuojalainsäädännön mukaisesti ja huolehtii toiminnassaan yksityisyyden suojan ja vakuutussalaisuuden toteutumisesta. Lue lisää henkilötietojen käsittelystä Aktiassa osoitteessa [www.aktia.fi/fi/yksityisyyden-suoja](http://www.aktia.fi/fi/yksityisyyden-suoja).

**Annan yllä olevan suostumuksen ja vakuutan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi.**

Paikka ja päiväys \_\_\_\_\_ Vakuutetun/huoltajan/korvauksenhakijan allekirjoitus ja nimenselvennys \_\_\_\_\_

OHJEITA KORVAUKSEN HAKEMISTA VARTEN

Korvausta on haettava **vuoden** kuluessa vakuutustapahtuman sattumisesta. Korvausta on ensin haettava Kelalta ja vasta sen jälkeen Aktia Henkivakuutuksesta. Ilmoita matkakustannukset, mikäli yksilöllinen vakuutus on myönnetty ennen 1988.

Liitä korvaushakemukseen:

<b>Sairaanhoitokulut</b> <ul style="list-style-type: none"><li>lääkäriaseman maksukuitti ja kopiot siihen liittyvistä tositteista, mikäli Kelan korvaus on vähennetty lääkäriasemalla</li><li>lääkekulujen osalta apteekkikuitti ja siihen liittyvä apteekin laskelma tai reseptitiedot tulostettuna Kanta.fi-palvelusta</li><li>Kelan korvauspäätös ja kopiot siihen sisältyvistä kulutositteista</li><li>muut sairauskulutositteet</li><li>lääkärikäyntiin liittyvä sairauskertomuskopio (saa esim. Kanta.fi-palvelusta)</li></ul>	<b>Sairaalakorvaus</b> <ul style="list-style-type: none"><li>sairaalalasku ja maksukuitti tai muu selvitys, että lasku on maksettu</li></ul>
--	--

Hae korvausta Aktian Verkkopankissa (koskee 1.1.1988 jälkeen myönnettyjä vakuutuksia).  
Aktian verkkopankin viestitoiminnon avulla lähetät ja vastaanotat viestejä turvallisesti.

# Aktia

Aktia Henkivakuutus Oy ▪ PL 800 ▪ 20101 Turku ▪ Y-tunnus 0937006-7 ▪ [www.aktia.fi](http://www.aktia.fi)  
Aktia Livförsäkring Ab ▪ PB 800 ▪ 20101 Åbo ▪ FO-nummer 0937006-7 ▪ [www.aktia.fi](http://www.aktia.fi)

Aktia Henkivakuutus Oy  
maksaa postimaksun  
Aktia Livförsäkring Ab  
betalar portot

AKTIA  
HENKIVAKUUTUS • LIVFÖRSÄKRING  
TUNNUS: 5000965  
00003 VASTAUSLÄHETYS