

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

SELVITYS SAIRAUDESTA JA SEN OIREISTA TAI TAPATURMAN KUVAUS SEKÄ ALKAMISAJANKOHTA

Työkyvyttömyysaika: -

Onko sinulle myönnetty lakisääteinen työkyvyttömyyseläke täytenä eläkkeenä tai saatko eläkettä tapaturma- tai liikennevakuutuslain perusteella?

Ei Kyllä. Mistä? Mistä alkaen?

Työnantaja/yritys: Työtehtävät:

Oletko tehnyt töitä lääkärin toteaman työkyvyttömyyden aikana?

Ei Kyllä. Montako tuntia viikossa?

Onko työkyvyttömyyden syynä
liikennevahinko työtapaturma kilpaurheilu tai sen harjoittelu muu syy?

Onko sinulla ollut samanlaista sairautta aikaisemmin?

Ei Kyllä. Ilmoita milloin ja minkälaista: _____ Paranitko täydellisesti? Kyllä Ei

Aikaisemmat hoitopaikat/lääkärit ja hoitoajat:

Oletko hakenut/saanut korvausta muualta?

Ei Kyllä. Mistä?

VEROVELVOLLISUUS JA POLIITTINEN VAIKUTUSVALTAISUUS

Oletko yleisesti verovelvollinen Suomessa? Kyllä Ei

Oletko verovelvollinen jossain muussa maassa kuin Suomessa? Kyllä Ei

Mikäli olet verovelvollinen jossain muussa maassa kuin Suomessa, ilmoita verotusmaa(t) ja verotunniste tai vastaava:

Verotusmaa	Verotunniste (TIN) tai vastaava	Maalla ei ole käytössä verotunnistetta
Verotusmaa	Verotunniste (TIN) tai vastaava	Maalla ei ole käytössä verotunnistetta

Oletko verovelvollinen Yhdysvalloissa? Kyllä Ei

Henkilöllä, jolla on Yhdysvaltain kansalaisuus/kaksoiskansalaisuus tai hän on syntynyt Yhdysvalloissa, on pääsääntöisesti Yhdysvallat verotusmaana.

Oletko poliittisesti vaikutusvaltainen henkilö (= toimit tai olet viimeisen vuoden aikana toiminut merkittävässä julkisessa tehtävässä) tai olet tällaisen henkilön perheenjäsen tai läheinen yhteistyökumppani?

Ei Kyllä. Asema ja valtio?

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/yksityisyyden-suoja.

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

Paikka ja päiväys

Vakuutetun/korvauksenhakijan allekirjoitus ja nimenselvennys

OHJEITA TYÖKYVYTTÖMYYSKORVAUKSEN HAKEMISTA VARTEN

Täytä korvaushakemuksen jokainen kohta huolellisesti. Näin hakemuksen käsittely nopeutuu.

Tarvittavat liitteet

Liitä korvaushakemukseen mukaan kopiot:

- lääkärintodistuksista
- B-lääkärinlausunnoista
- Kelan päivärahapäätöksistä
- eläke- tai kuntoutustukipäätöksestä
- lääkärikäyntiin liittyvistä sairauskertomuksista (saa esim. Kanta.fi palvelusta)
- verokortista (koskee ohimenevän työkyvyttömyyden korvausta)

Huomioithan, että lääkärintodistusten, lausuntojen ym. lisätietojen hankkimisesta aiheutuneita kuluja ei korvata.

Päiväkorvaus on veronalaista tuloa

Ohimenevän työkyvyttömyyden korvaus on veronalaista tuloa. Mikäli verokorttia ei liitetä korvaushakemukseen, pidetään korvauksesta 50 % veroa. Mikäli yritys on päiväkorvauksen edunsaaja, ei verokorttia tarvita.

Voit pyytää verottajalta verokortin etuuden maksamista varten tai lähettää meille jo olemassa olevan verokortin.

Selvitys sairaudesta tai tapaturman kuvaus

Ilmoita sairauden nimi, diagnoosi tai oireet. Mikäli kyseessä on tapaturma, täytä tapaturman kuvaus ja sattumispäivämäärä.

Ilmoita aina myös työkyvyttömyysaika.

Lakisääteinen työkyvyttömyyseläke tai eläke tapaturma- tai liikennevakuutuslain perusteella.

Ilmoita, onko sinulle myönnetty eläke ja jos on, niin mistä yhtiöstä. Ilmoita lisäksi mistä alkaen eläke on myönnetty.

Työnantaja tai yritys

Ilmoita viimeisin/nykyinen työnantaja tai yritys ja työtehtäväsi.

Työskentely työkyvyttömyyden aikana

Ilmoita, oletko tehnyt töitä lääkärin toteaman työkyvyttömyyden aikana ja mikäli olet, ilmoita myös montako tuntia viikossa olet työskennellyt.

Vakuutusyhtiölle tulee ilmoittaa, mikäli vakuutetun työkyky palautuu, hän palaa työelämään tai jatkaa työntekoa.

Työkyvyttömyyden syy

Ilmoita, mikä on aiheuttanut työkyvyttömyyden esim. sairaus, liikennevahinko, tapaturma tai kilpaurheilua.

Ilmoita myös, onko sinulla ollut samanlaista sairautta aikaisemmin. Mikäli on ollut, ilmoita milloin, minkälaisia oireita ja oletko parantunut siitä täydellisesti. Ilmoita myös aikaisemmat hoitopaikat/lääkärit ja hoitoajat.

Muualta saadut korvaukset

Ilmoita, mikäli olet saanut tai hakenut korvausta jostain muusta vakuutusyhtiöstä.

Korvaushakemuksen allekirjoittaminen

Vakuuta antamiesi tietojen oikeellisuus allekirjoituksellasi. Samalla annat Aktia Henkivakuutus Oy:lle suostumuksen tarvittaessa pyytää korvausasian käsittelemistä varten tarpeellisia terveydentilaasi koskevia henkilötietoja.

Aktia Verkkopankki

Työkyvyttömyyskorvauksia ei voi hakea Aktian verkkopankin kautta, mutta verkkopankin viestitoiminnon avulla lähetät ja vastaanotat viestejä turvallisesti.

Lähetä korvaushakemus ja siihen liittyvät tositteet skannattuna Aktian verkkopankin viestitoiminnon kautta.

Kotimaassa voit myös lähettää tositteet postimaksutta osoitteella:

Aktia Henkivakuutus Oy
Tunnus: 5000965
00003 VASTAUSLÄHETYS

Aktia

Aktia Henkivakuutus Oy ▪ PL 800 ▪ 20101 Turku ▪ Y-tunnus 0937006-7 ▪ www.aktia.fi
Aktia Livförsäkring Ab ▪ PB 800 ▪ 20101 Åbo ▪ FO-nummer 0937006-7 ▪ www.aktia.fi

Aktia Henkivakuutus Oy
maksaa postimaksun
Aktia Livförsäkring Ab
betalar portot

AKTIA
HENKIVAKUUTUS • LIVFÖRSÄKRING
TUNNUS: 5000965
00003 VASTAUSLÄHETYS