

UPPGIFTER OM DEN FÖRSÄKRADE	Försäkringsnummer
Namn	Personbeteckning
Adress	Telefonnummer
Postnummer och ort	E-postadress
IBAN-kontonummer	Nationaliteter

UPPGIFTER OM SJUKDOM/VÅRDÅTGÄRD/VÅRD/OLYCKSFALLET

En egen beskrivning av sjukdomen/vårdåtgärden/vården/olycksfallet

Läkarvården började

De vårdande läkarnas namn och vårdplatsernas adresser

Var orsaken till sjukdomen

olycksfall, meddela plats och tid _____

Var du under olycksfallet påverkad av alkohol eller narkotika?

Nej Ja

tävlingsidrott eller träning för tävlingsidrott

annan orsak. Vad? _____

Har du haft tidigare liknande sjukdomar?

Nej Ja. Meddela när och hurdana symptom? _____

Tillfriskande du fullständigt? Ja Nej _____

Tidigare vårdplatser, läkare och vårdtider _____

BILAGOR TILL ERSÄTTNINGSAKSÖKAN

Cancer: resultat av vävnadsundersökning och sjukberättelser av vilka det framkommer sjukdomens diagnos och datum för diagnosen.

Hjärninfarkt/hjärnblödning: sjukberättelser av vilka det framkommer funktionsnedsättning och bestående skada i hjärnvävnad som konstaterats med hjärnskanning.

Hjärtinfarkt: sjukberättelser av vilka det framkommer resultaten av EKG-undersökningen eller av avbildningsundersökningen om de är gjorda.

Dialysvård: sjukberättelser

Öppen hjärtoperation: operationsberättelse

Organtransplantation: sjukberättelser, operationsberättelse

Andra bilagor

Vi ber dig uppmärksamma att kostnader för läkarintyg och -utlåtanden ersätts inte.

Försäkringsnummer

SKATTSKYLDIGHET OCH POLITISKT INFLYTANDE			
Är du allmänt skattskyldig i Finland?		Ja	Nej
Är du skattskyldig i något annat land än Finland?		Ja	Nej
Om du är skattskyldig i annat land än Finland ska du uppge beskattningslandet (-länder) och skattenummer eller motsvarande:			
Beskattningsland		Skattenummer (TIN) eller motsvarande	Landet har inget skattenummer i bruk
Beskattningsland		Skattenummer (TIN) eller motsvarande	Landet har inget skattenummer i bruk
Är du skattskyldig i USA?		Ja	Nej
USA är i regel beskattningsland för personer som har amerikanskt medborgarskap/dubbelt medborgarskap eller är födda i USA.			
Är du en person med politiskt inflytande (= du verkar eller har under det senaste året verkat i ett betydande offentligt uppdrag) eller är familjemedlem eller nära samarbetspartner till en sådan person?			
Nej			
Ja. I vilken ställning och stat?			

SAMTYCKE OCH UNDERSKRIFT

Jag ger mitt samtycke till att läkare, sjukhus, hälsovårdscentraler, rådgivningsbyråer, enheter för företagshälsovård, mentalvårdsbyråer och privata sjukvårdsinrättningar som undersökt och vårdat mig samt andra försäkringsbolag och försäkring- och pensionsanstalter utlämnar nödvändiga personuppgifter som berör mitt hälsotillstånd åt Aktia Livförsäkring Ab för behandling av ersättningsärenden. För att få de uppgifter som behövs kan Aktia Livförsäkring Ab överlåta detaljerade uppgifter som berör min försäkring åt ovannämnda inrättningar.

Aktia behandlar som personuppgiftsansvarig personuppgifter enligt dataskyddslagstiftningen och ser i sin verksamhet till att integritetsskyddet och försäkringssekretessen iakttas.

Läs mer om behandling av personuppgifter i Aktia på adressen www.aktia.fi/sv/yksityisyiden-suoja.

Jag ger mitt samtycke och försäkrar att de uppgifter jag har gett i den här ansökan är riktiga.

Ort och datum

Den försäkrades/den sökandens underskrift och namnförtydligande

SÄND ANSÖKAN

Aktias nätbank

Skicka ersättningsansökan och tillhörande bilagor skannade via meddelandefunktionen i Aktias nätbank. I Finland kan du också skicka blanketten utan porto på adressen:

Aktia Livförsäkring Ab
Kod: 5000965
00003 SVARFÖRSÄNDELSE

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