

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

SELVITYS SAIRAUESTA/TOIMEENPITEESTÄ/HOIDOSTA/TAPATURMASTA

Oma kuvaus sairaudesta/toimenpiteestä/hoidosta/tapaturmasta

Lääkärihoidon alkamisajankohta

Hoitavien lääkkeiden nimet ja hoitopaikkojen osoitteet

Aiheuttiko sairauden

tapaturma, ilmoita paikka ja aika _____

Olitko tapaturman sattuessa alkoholin tai huumausaineen vaikutuksen alaisena?

Ei

Kyllä

kilpaurheilu tai sen harjoittelu

muu syy. Mikä? _____

Onko samanlaista sairautta ollut aikaisemmin?

Ei

Kyllä. Ilmoita milloin ja minkälaista. _____

Paranitko täydellisesti?

Kyllä

En

Aikaisemmat hoitopaikat, lääkärit ja hoitoajat _____

KORVAUSHAKEMUKSEN LIITTEET

Syöpä: kudostutkimustulos ja sairauskertomukset, joista käy ilmi sairauden diagnoosi ja sen toteamispäivä.**Aivoinfarkti/aivoverenvuoto:** sairauskertomukset, joista käy ilmi toiminnan vajavuus ja kuvauksella todettu pysyvä aivovaurio.**Sydäninfarkti:** sairauskertomukset, joista käy ilmi EKG-muutos tai kuvantamistutkimuksen tulokset, jos ne on tehty.**Dialyysihoito:** sairauskertomukset**Avosydänleikkaus:** leikkauskertomus**Elinsiirto:** sairauskertomukset, leikkauskertomus

Muut liitteet

Pyydämme sinua huomioimaan, että lääkärintodistusten ja -lausuntojen hankkimisesta aiheutuneita kuluja ei korvata.

Vakuutusnumero

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	
<p>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.</p> <p>Aktia käsittelee rekisterinpitäjänä henkilötietoja tietosuojalainsäädännön mukaisesti ja huolehtii toiminnassaan yksityisyyden suojan ja vakuutussalaisuuden toteutumisesta.</p> <p>Lue lisää henkilötietojen käsittelystä Aktiassa osoitteessa www.aktia.fi/fi/yksityisyyden-suoja.</p> <p>Annan yllä olevan suostumuksen ja vakuutan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi.</p>	
Paikka ja päiväys	Vakuutetun/korvauksenhakijan allekirjoitus ja nimenselvennys
<hr/>	<hr/>

KORVAUSHAKEMUKSEN LÄHETTÄMINEN
<p>Aktia Verkkopankki</p> <p>Lähetä korvaushakemus ja siihen liittyvät tositteet skannattuna Aktia verkkopankin viestitoiminnon kautta. Kotimaassa voit myös lähettää tositteet postimaksutta osoitteella:</p> <p>Aktia Henkivakuutus Oy Tunnus: 5000965 00003 VASTAUSLÄHETYS</p>