

AIG Europe Limited sivuliike  
Kasarmikatu 44  
FI-00130 Helsinki  
Finland



Asiakaspalvelu: 0203 03456 (Ma-Pe 9-21, La 10-16)  
Fax: 0207 010 180  
S-posti: finlandclaims@aig.com

## KORVAUSHAKEMUS TAPATURMA- JA SAIRAUSSVAKUUTUKSILLE

### OHJEITA KORVAUKSENHAKIJALLE

Täytättehän kaikki korvaushakemuksen kohdat huolellisesti.

Korvauskäsittelyn nopeuttamiseksi pyydämme toimittamaan tämän korvaushakemuksen mukana seuraavat liitteet: alkuperäiset kuitit (jos haette korvausta hoitokuluista), kopiot sairauskertomuksista, kopiot sairauslomatoistuksista, sivutuloverokortti tai verokortti sosiaalietuutta tai muuta etuutta varten sekä kopiot sairaalalaskuista (jos haette korvausta sairaalapäivistä tai sairauslomasta), kuolintodistus ja sukuselvitys (jos haette korvausta tapaturmaisesta kuolemasta).

Korvaushakemus liitteineen toimitetaan osoitteeseen:

(Suomesta lähetettäessä, postimaksua ei tarvita)  
AIG Europe Limited  
Tunnus 5008951  
00003 Vastauslähetys

(Suomen ulkopuolelta lähetettäessä)  
AIG Europe Limited  
Kasarmikatu 44  
00130 Helsinki

### TIEDOT VAKUUTUKSESTA

Vakuutuksenottaja	Vakuutusnumero
Haen korvausta työnantajan, yhdistyksen tai ammattiliiton ottamastasairaus- tai tapaturmavakuutuksesta <input type="checkbox"/>	Haen korvausta itse ottamastani vakuutuksesta <input type="checkbox"/>
Vakuutustuotteen nimi (esim. Tapaturmavakuutus AH703)	

### KORVAUKSENHAKIJAN TIEDOT

Nimi	Henkilötunnus	
Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
Sähköpostiosoite	Puhelinnumero	
Tilinumero (IBAN)	Kenen tili, jos ei korvauksenhakijan?	

Antamalla sähköpostiosoitteenne hyväksytte, että Teihin voidaan olla yhteydessä sähköpostitse hakemuksenne käsittelemiseksi.

### VAKUUTUSTAPAHTUMAAN LIITTYVÄT TIEDOT

Päivämäärä ja kellonaika	Paikkakunta	Mikäli korvausta haetaan tapaturmasta, onko tapaturma sattunut: Vapaa-ajalla <input type="checkbox"/> Työssä tai työmatkalla <input type="checkbox"/>
--------------------------	-------------	---

Korvausta haetaan:

Hoitokulusta <input type="checkbox"/>	Venähdyksestä, nyrjähdyksestä tai repeämästä <input type="checkbox"/>
Pysyvää haitasta <input type="checkbox"/>	Sairaalapäivistä tai sairauslomasta <input type="checkbox"/>
Tapaturmaisesta kuolemasta <input type="checkbox"/>	Sijoiltaanmenosta <input type="checkbox"/>
Luunmurtumasta tai palovammasta <input type="checkbox"/>	Syövästä <input type="checkbox"/>
Sisäisestä vammasta <input type="checkbox"/>	Muu, mikä: _____ ?

## VAKUUTUSTAPAHTUMAAN LIITTYVÄT TIEDOT

Mikäli korvausta haetaan tapaturmasta, onko tapaturma sattunut urheiluliiton tai -seuran ottelussa tai harjoituksessa?

Ei

Kyllä, mikä seura/liitto ja ottelu/harjoitus: \_\_\_\_\_?

Mikäli korvausta haetaan tapaturmasta, onko tapaturma sattunut alkoholin tai muun huumaavan aineen vaikutuksen alaisena?

Ei

Kyllä

Mikäli korvausta haetaan syöpävakuutuksesta:

Haen korvausta syöpädiagnoosista

Haen korvausta syövän takia tehdystä leikkauksesta

Syöpädiagnoosipäivä

Leikkauspäivä

Minulla ei ole koskaan aiemmin diagnosoitu missään kehon osassa syöpää tai normalista poikkeavia pahanlaatuisiksi luokiteltuja solumuutoksia.

Mikäli korvausta haetaan sairaalahoitopäivistä tai sairauslomasta:

Sairaalassaoloaika

Sairasloma-aika

## KUVAUS TAPAHTUNEESTA VAHINGOSTA

Tarkka kuvaus vahinkotapahtumasta:

Korvausta haetaan yhteensä:

\_\_\_\_\_ €

Onko Teillä muita vakuutuksia tällaisen vahingon varalle?

Ei

Kyllä, Yhtiö:

## ALLEKIRJOITUS

Antaessanne henkilötietojanne AIG:lle korvaushakemuksenne yhteydessä, annatte suostumuksenne henkilötietojenne keräämiseen ja käsittelyyn (mukaan lukien niiden luovuttamisen ja kansainvälisen siirtämisen) Tietosuojakäytännössä kuvatulla tavalla, Tietosuojakäytäntö saatavilla osoitteessa [www.aig.com/fin-privacy-policy-finnish](http://www.aig.com/fin-privacy-policy-finnish) tai erikseen pyydettyessä. Lupa sisältää luvan henkilötietojenne siirtämiseen kansainvälisesti. Antaessanne AIG:lle muiden henkilöiden henkilötietoja, vakuutate, että olette antanut tiedon Tietosuojakäytännön sisällöstä, ja että teidät on valtuutettu antamaan hänen henkilötietojaan AIG:lle Tietosuojakäytännössä selostetulla tavalla.

Vakuutan tässä korvaushakemuksessa annetut tiedot oikeiksi. Niiden lääkäreiden, Kansaneläkelaitoksen, muiden vakuutusyhtiöiden sekä henkilöiden, joilla on tietoja minusta tai terveydentilastani, sallin antaa vakuutusyhtiölle tämän hakemuksen käsittelemistä varten vakuutusyhtiön tarpeelliseksi katsomia selvityksiä ja asiakirjoja.

Paikka ja Aika

Korvauksenhakijan allekirjoitus