

Korvaushakemus

 Skandia Leikkaushoito Skandia Sairaanhoito Skandia Sairaanhoito Plus

Nimi ja osoite		Vakuutuksen nro
Sukunimi ja etunimi (Kirjoita selvästi, mieluiten painokirjaimin)		Henkilötunnus
Jakeluosoite	Sähköpostiosoite	Työpuhelin (myös suunta)
	Postinumero ja postitoimipaikka	Kotipuhelin (myös suunta)

Selvitys sairaudesta

Sairauden alkamispäivä. Milloin?
Sairauden nimi /oireiden laatu
Koska hakeuduite lääkäriin? pvm
Lääkäri ja hoitolaitos
Lähete (Skandia Sairaanhoito vakuutuksessa) <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä
Onko teillä ollut lähetettä erikoislääkärille?
Mistä?
Onko teillä ollut aiemmin samanlaista sairautta/oireita?
<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä
Milloin?/Millaisia?
Hoitaneen lääkärin nimi ja hoitolaitos

Selvitys tapaturmasta

Tapaturman päivämäärä	Tapaturma sattui <input type="checkbox"/> Töissä <input type="checkbox"/> matkalla töihin/töistä <input type="checkbox"/> Vapaa-aikana
Selvitys tapaturman sattumisesta ja vamman laadusta.	
Koska hakeuduite lääkäriin? pvm	
Lääkäri ja hoitolaitos	
Lähete (Skandia Sairaanhoito vakuutuksessa) <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Onko teillä ollut lähetettä erikoislääkärille?
Mistä?	
Onko samassa ruumiinosassa ollut aikaisemmin vikaa tai vammaa?	
<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
Milloin ja mitä?	
Hoitaneen lääkärin nimi ja hoitolaitos	

Oletteko täysin toipunut/oireeton?

 Ei Kyllä

Korvaushakemus aiheutuneista kuluista: katso kääntöpuolen sivua.

KORVAUSHAKEMUS JA VALTAKIRJA

Kansaneläkelaitokselle / työpaikkakassalle sairaanhoitokustannuksista

Täyttäkää myös tämä osa, jos ette ole hakenut sairaanhoitokustannuksista sairausvakuutuslain mukaista korvausta Kelalta. Hakemus maksukuitteineen tulee tällöin toimittaa yhtiömme kuuden kuukauden kuluessa maksun suorittamisesta.

Hakijan (vakuutetun) nimi	Henkilötunnus	
Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
Onko vakuutettu saanut kustannuksista korvausta muualta?	Onko hakija ollut kustannusten syntyessä julkisessa sairaalassa/laitoshoidossa?	
<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> On. Mistä? Kuinka paljon?	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> On. Missä?	
Ovatko kustannukset aiheutuneet liikennevahingosta, työtapaturmasta tai todetusta ammattitaudista?		
<input type="checkbox"/> Eivät <input type="checkbox"/> Ovat. Vakuutusyhtiön nimi		
Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja valtuutan Skandian saamaan minulle myönnettävän sairausvakuutuslain mukaisen korvauksen.		
Paikka ja aika	Hakijan tai hänen edustajansa allekirjoitus ja nimen selvennys	

Kelan hyväksymä lomake 1266 SV 10.01

Korvaushakemus

Matkalla sattunut vahinko:

Matkan alkamispäivä	Aiottu paluupäivä	Onko SOS Internationaliin otettu yhteys?	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä
Onko teillä sairaus-, tapaturma-, matka- tai kotivakuutusta?	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Yhtiön nimi	Vakuutuksen nro

Muut tiedot

Erittely itsemaksetuista sairaanhoitokuluista**HUOM! Alkuperäiset kuitit liitteeksi****Tutkimus- ja hoitokulut**

	Summa €	Liitteet

Reseptilääkkeet

	Summa €	Liitteet

Oman auton käyttö ja muut matkakulut

Päivämäärä	Reitti	Ajokilometrit tai summa	Liitteet
Yhteensä:			

Maksutapa

Maksun saaja	Pankkitilin numero
--------------	--------------------

Allekirjoitus

Vakuutan, että antamani tiedot ovat täydellisiä ja oikeita. Suostun siihen, että lääkäri, sairaala tai muu hoitolaitos saa luovuttaa vakuutusyhtiölle tietoja terveydentilastani korvaushakemuksen käsittelyä varten.		
Päiväys	Allekirjoitus	Nimen selvennys

SLL-SH-3000S