

<b>VAKUUTETTUA KOSKEVAT TIEDOT</b>	Vakuutetun sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus	
	Osoite ja postitoimipaikka	Puhelinnumero työ/koti	
	Ovatko sairaanhoidokustannukset aiheutuneet liikennevahingosta, tapaturmasta tai todetusta ammattitaudista? <input type="checkbox"/> Eivät <input type="checkbox"/> Ovat	Asuuko vakuutettu pysyvästi Suomessa? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Vakinainen asuinkunta
	Onko vakuutettu ollut kustannusten syntyessä hoidossa julkisessa sairaalassa tai laitoksessa? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> On. Missä ja minkä ajan?		
<b>VALTUUTUS JA ALLE-KIRJOITUS</b>	Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja valtuutan vakuutusyhtiö Turvan hakemaan ja saamaan tämän vahinkotapahtuman perusteella maksettavat sairausvakuutuslain mukaiset korvaukset.		
	Paikka ja aika	Vakuutetun, hänen huoltajansa tai edunvalvojansa allekirjoitus	

Kelan hyväksymä lomake n:o 605 SV 04.04

<b>VAKUUTUS-TIEDOT</b>	Vakuutusentottajan nimi	Vakuutuksen numero
<b>TAPAHTUMATIEDOT SAIRAUDESTA</b>	<b>A. Sairaus</b> Milloin ensimmäiset oireet ilmenivät? / 20	Onko vakuutetulla ollut aikaisemmin vastaavaa sairautta kuin mistä nyt haetaan korvausta? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä
<b>TAPATURMASTA</b>	Onko jokin vakuutusyhtiö korvannut? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> On. Mikä yhtiö?	
	<b>B. Tapaturma</b> Sattumisaika / 20 klo	Sattumispaikka
	Vakuutetun ammatti	Työnantajan nimi ja osoite
	Tapaturma sattui <input type="checkbox"/> omassa työssä tai siihen liittyvällä matkalla <input type="checkbox"/> toisen työssä tai työmatkalla <input type="checkbox"/> vapaa-aikana <input type="checkbox"/> koulussa tai koulumatkalla	
	Tapaturma sattui <input type="checkbox"/> kuntoliikunnassa <input type="checkbox"/> urheiluseuran (nimi?) järjestämissä harjoituksissa tai kilpailuissa	
	Oliko vakuutettu tapaturman sattuessa päihdyttävien tai huumaavien aineiden vaikutuksen alaisena? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Mitä alkoholia/huumaavaa ainetta, kuinka paljon ja minkä ajan kuluessa ennen tapaturmaa?	
	Onko poliisitutkinta suoritettu, koska ja missä? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä / 20	
<b>SELVITYS SAIRAUDESTA/ TAPATURMASTA</b>	Yksityiskohtainen selvitys miten sairaus ilmeni tai tapaturma sattui	
	Jatka tarvittaessa kohtaan lisätiedot	
<b>TUTKIMUKSET JA HOITO</b>	Milloin vakuutettu ensimmäisen kerran kääntyi lääkärin puoleen? / 20	Lääkäri/sairaala
	Vamman/sairauden laatu	Työhönpaluupäivä / 20
<b>MUUT VAKUUTUKSET JA YHTIÖT</b>	Onko vakuutetulla muita yksityistapaturma-, sairauskulu- tai matkavakuutuksia? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, missä yhtiössä?	Haetaanko korvausta samanaikaisesti jostakin muusta Turvan vakuutuksesta?
	Onko kyseessä liikennevahinko? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, vastapuolen nimi, rekisterinumero ja vakuutusyhtiö	
<b>KORVAUKSEN SAAJA</b>	Nimi	Henkilötunnus
	Lähiosoite	Postinumero ja postitoimipaikka
	Rahalaitos ja täydellinen tilinumero	
<b>VAHINKO-REKISTERI</b>	Turva luovuttaa sille ilmoitettuja vahinkoja koskevia tietoja vakuutusyhtiöiden yhteiseen tietojärjestelmään. Tällöin Turva tarkistaa, mitä vahinkoja muille vakuutusyhtiöille on ilmoitettu. Tietoja käytetään vain korvauskäsittely yhteydessä vakuutusyhtiöihin kohdistuvan rikollisuuden torjumiseksi.	
<b>VALTUUTUS</b>	Vakuutan, että tässä ilmoituksessa antamani tiedot ovat oikeita. Sallin niiden lääkärin, sairaaloiden ja muiden hoitolaistosten, kansaneläkelaitoksen, muiden vakuutusyhtiöiden ja-laitosten, sekä viranomaisten joilla on terveydentilaani ja vahinkotapahtumaan liittyviä tietoja, antaa niitä Keskinäinen Vakuutusyhtiö Turvalle.	
<b>ALLE-KIRJOITUS</b>	Vakuutan, että tässä hakemuksessa antamani tiedot ovat oikeita	
	Paikka ja päiväys	Vakuutetun tai hänen edustajansa allekirjoitus

