



Sairaanhoitokulujen korvaaminen edellyttää, että kyseessä on tapaturma. Vakuutustodistus oikeuttaa hoitolaitoksen ja lääkärin veloittamaan urheilutapaturman sairaanhoitokulut suoraan Pohjola Vakuutuksesta. Suosittelemme kumppanihoitolaitoksien käyttämistä, jotka löytyvät osoitteesta op.fi. Asiantuntevan ja nopean palvelun lisäksi annamme kumppaneillemme maksusitoumuksia kalliisiin toimenpiteisiin. Vakuutustodistus liitteineen lähetetään osoitteeseen Pohjola Vakuutus, PL 440, 00013 OP.

Vakuutus	Vakuutusyhtiö	Vakuutustunnus	
Vahingoittunut	Nimi (sukunimi ensin)	Henkilötunnus	
	Osoite	Postinumero	
	IBAN-pankkitilinumero	Pankin BIC-koodi	
	Puhelin		
	Mitä urheilulajia vahingoittunut harjoitti tapaturman sattuessa?		
Oliko kyseessä <input type="checkbox"/> seuran edustus <input type="checkbox"/> maajoukkue/ muu edustus <input type="checkbox"/> try-out -pelaaja <input type="checkbox"/> muu, mikä?			
Omistusoikeuden siirron syy			
Tapaturma	Sattumisaika	Sattumisaika (pvm. ja kellonaika)	
	Olosuhde <input type="checkbox"/> Kilpailu <input type="checkbox"/> Harjoitukset <input type="checkbox"/> Matkalla asunnosta kilpailu-/harjoittelu-paikalle tai päinvastoin <input type="checkbox"/> Muualla, missä?		
	Sairaanhoidon alkaminen <input type="checkbox"/> Heti <input type="checkbox"/> Myöhemmin	Päivämäärä	Hoitopaikan nimi
	Hoitopaikan osoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Vamman laatu	Vahingoittunut ruumiinosana	
	Onko urheilijalla ollut aiemmin samanlaisia vammoja/sairauksia? <input type="checkbox"/> Kyllä, milloin? <input type="checkbox"/> Ei		
	Missä urheilija on ollut hoidossa aiemmin vamman/sairauden johdosta? Mainitkaa lääkärin nimi ja hoitolaitos		
	Tarkempi selostus urheilutapaturmasta		
	Vakuutuksenottajan nimi	Y-/Henkilötunnus	
	IBAN-pankkitilinumero	Pankin BIC-koodi	
Seuran yhdyshenkilön nimi	Puhelin		
Osoite	Postinumero	Postitoimipaikka	
Allekirjoitus	Aika, paikka ja luovuttajan allekirjoitus sekä nimenselvitys		