

Vältä niittien käyttöä. Skannaamme kaikki liitteet.

# Matkasairaus tai -tapaturma

Vahinkoilmoitus



## Vahinkoilmoitukseen liitettävät asiakirjat:

- Matkustusasiakirja / lentoliput
- Korvaushakemusta koskevat asiakirjat, esim. lääkärinlausunnot, lääkärintodistus ja lääkärilaskut
- Vahinkoilmoituslomake, sivu 2 ja suostumus, sivu 5

## Haettaessa korvausta menetetyistä matkapäivistä, tulee myös seuraavat asiakirjat liittää:

- Matkustusasiakirja / lentoliput / kuljetus / asumista koskevat kulut / muut järjestelyt.
- Hoitavalta lääkäriltä saadut asiakirjat

Muistathan aina eritellä korvaushakemuksesi, esim. "Lääkärillä käynti, Matti, USD 70".

<b>TÄRKEÄÄ:</b> Asian käsittely kestää kauemmin, mikäli et lähetä kaikkia tarvittavia tietoja ja liitteitä. Joudumme tällöin pyytämään lisäselvitystä ja odottamaan liitteitä.	
<b>Vaatus koskee</b>	<input type="checkbox"/> Sairaus/tapaturma <input type="checkbox"/> Saattaja <input type="checkbox"/> Paikalle saapuminen <input type="checkbox"/> Menetetyt matkapäivät <input type="checkbox"/> Paluu kotiin
<b>Vakuutusnottaja</b>	Nimi: _____ Henkilötunnus: _____ Osoite: _____ Postinumero ja postitoimipaikka _____ Puh. työ / koti: _____ <b>Sähköposti:</b> _____
<b>Sairastunut / tapaturman uhri</b>	Nimi: _____ Henkilötunnus: _____ Osoite: _____ Postinumero ja postitoimipaikka _____
<b>Tiedot matkasta</b>	Tarkoitus: <input type="checkbox"/> Loma <input type="checkbox"/> Työmatka <input type="checkbox"/> Loma ja työmatka <input type="checkbox"/> Muu: _____ Missä onnettomuus tapahtui? Maa: _____ Paikkakunta: _____ Lähtöpäivä: ____ / ____ vuosi ____ Klo ____ Suunniteltu paluumatka: ____ / ____ vuosi ____ Klo ____ Täytetään, jos paluumatka on muu kuin suunniteltu: Toteutunut kotiinpaluu: ____ / ____ vuosi ____ Klo ____
<b>Tiedot vahingosta</b>	Milloin tapaturma/sairaus tapahtui? ____ / ____ vuosi ____ Klo (0-24): ____ Ensimmäisen lääkärillä käynnin päivämäärä ja kellonaika: ____ / ____ vuosi ____ Klo (0-24): ____ Mahdollisen sairaalahoidon päivämäärä ja kellonaika: ____ / ____ vuosi ____ Klo (0-24): ____ Sairalahoidon tai lääkärin määräämän vuodelevon / sisälläolon yhteydessä ilmoita kyseinen ajankohta (liitä asiakirja): alkoi ____ / ____ päättyi ____ / ____ Mahdollisen kotiinkuljetuksen järjestäjä: _____ / ____ vuosi ____ Klo (0-24): ____
<b>Pankkitiedot</b>	_____ Tilinhaltijan nimi _____ Pankki _____ Pankin tunnus _____ Tilinumero _____ Täytetään vain ulkomaisen tilin kohdalla: SWIFT/BIC: _____ IBAN: _____



**Allekirjoitus**

Vakuutan, että yllä annetut tiedot ovat oikeita. Huomioithan, että virheellisten tai puutteellisten tietojen ilmoittamisen seurauksena vakuutusyhtiö voi alentaa korvausta tai evätä korvauksen kokonaan.

**Saatavien siirto:** Jos SOS vakuutusyhtiöni toimeksiannosta maksaa täyden korvauksen asiassani, siirrän kaikki vahinkotapahtumaani liittyvät kolmansiin osapuoliin ja kansallisiin/ulkomaisiin terveysviranomaisiin, lentoyhtiöihin ja/tai matkatoimistoihin kohdistuvat saatavani ja oikeudet SOS Internationalille.

I hereby declare on oath that all of the above given information is truthful. Please note that the delivery of incorrect or insufficient information may lead to cancellation or limitation in your insurance company's obligation to provide compensation.

**Transfer of claim:** In case of full reimbursement from SOS International on behalf of my insurance company, I hereby consent that SOS International subrogates in all rights and claims against third parties and national and foreign authorities, airline companies and/or travel agencies regarding this matter.

**Muistathan, että tapaturman uhrin/sairastuneen on allekirjoitettava sivun 5 ilmoitus suostumuksesta (tapaturman tai sairastumisen yhteydessä).** Jos tapaturman uhri/sairastunut on alle 16-vuotias, on vanhempien/huoltajan on allekirjoitettava ilmoitus suostumuksesta.

Vahingonkärsijän allekirjoitus: \_\_\_\_\_ Päiväys: \_\_\_\_\_

**Vahinkoilmoitus lähetetään: [vahingot@sos.eu](mailto:vahingot@sos.eu) tai SOS International Oy, PL 66, 00551 Helsinki, puh. +358 9 6131 5065**

# SUOSTUMUSTA KOSKEVAA TIETOA

## **Miksi suostumus tarvitaan**

Kun haette korvausta vakuutusyhtiöltä, teillä on vakuutus sopimuslain mukaan velvollisuus antaa vakuutusyhtiölle kaikki saatavissa olevat ja asiaan liittyvät tiedot. SOS International käsittelee asian vakuutusyhtiön puolesta. Sen vuoksi teidän on annettava SOS Internationalille kaikki tiedot, jotka voivat vaikuttaa asian arvioimiseen ja päätökseen vakuutuskorvauksen suuruudesta.

Esitetyn korvaushakemuksen arvioimiseksi vakuutusyhtiö tarvitsee tiedot vakuutustapahtumasta, jonka vuoksi korvaushakemus on tehty. Tyypillisiä tietoja ovat mm. sairaus, onnettomuus, mahdollinen hoito. Lisäksi voidaan pyytää tietoja olosuhteista ennen sairautta/onnettomuutta, jotta voidaan arvioida, kuuluuko tapahtuma vakuutuksen piiriin vai sen ulkopuolelle.

Vakuutusyhtiö tarvitsee useissa tapauksissa korvaushakemuksessa annettujen tietojen lisäksi myös muita tietoja. Tämä koskee erityisesti esimerkiksi tietoja, jotka ovat luonteeltaan lääketieteellisiä. Vakuutusyhtiön on tämän vuoksi saatava tällaisia lisätietoja niiltä tahoilta, jotka tuntevat olosuhteet ja joilla on asiakirjoja, kuten potilaskertomus tai muita tiedostoja. Ainoastaan sellaisia tietoja voidaan kerätä, jotka vakuutusyhtiö tarvitsee kyseisen asian käsittelemiseksi.

## **Vakuutuskorvauksen maksu**

Teillä on lain mukaan oikeus korvauksen saamiseen kuukauden kuluessa siitä, kun SOS International on saanut tarvittavat tiedot voidakseen arvioida tapauksen ja päättää vakuutuskorvauksen suuruudesta. Tämä on vakuutus sopimuslain mukainen käytäntö.

## **Hoitava lääkäri voi luovuttaa mm. terveystietoja**

Lääkärinne voi suostumuksellanne luovuttaa tietoja terveydentilastanne ja muista yksityisasiasta sekä luottamuksellisista tiedoista.

## **Voitte aina peruuttaa suostumuksen**

Suostumuksenne on voimassa yhden vuoden ajan suostumuksen antojankohdasta. Kopio tästä suostumuksesta annetaan niille tahoille, joilta SOS International pyytää esim. terveystietoja. Jos kadutte suostumuksen antamista, voitte aina peruuttaa suostumuksen ottamalla yhteyttä SOS Internationaliin, jonka yhteystiedot löytyvät tämän asiakirjan lopusta. Jos peruutatte suostumuksen, peruutus koskee vain henkilötietojen käsittelyä tulevaisuudessa.

## **Teille ilmoitetaan, kun SOS International kerää tietoja**

Aina kun SOS International kerää terveystietoja, saatte tiedon, miksi ja mitä tietoja, miltä ajalta ja keneltä tietoja kerätään.

## **Henkilötietojen käsittely**

Vakuutusyhtiö ja SOS International käsittelevät henkilötietojanne tietosuojalainsäädännön sekä EU:n tietosuoja-asetuksen mukaisesti.

Tietosuojalainsäädännön puitteissa teillä on oikeus saada tietoa henkilötietojen käsittelystä sekä estää niiden käsittely. Teillä on oikeus pyytää tietojen oikaisua, poistoa tai käsittelyn vastustamista, jos tiedot ovat virheellisiä tai harhaanjohtavia tai niitä on käsitelty lainvastaisesti. Lisäksi teillä on oikeus pyytää tietojen siirtämistä järjestelmästä toiseen.

Jos haluatte käyttää oikeuksianne, ottakaa yhteys SOS Internationaliin kotisivujemme kautta <https://www.sos.eu/fi/itsepalvelu/>.

Jos teillä on lisäkysymyksiä koskien henkilötietojen käsittelyä vakuutuksen osalta, pyydämme teitä ottamaan yhteyttä omaan vakuutusyhtiöönne.

Katsokaa ilmoitus suostumuksesta sivuilla 5-6.

# Suostumus - Kun olen loukkaantunut tai sairastunut

Annan allekirjoituksellani suostumuksen, että SOS International saa vakuutusyhtiön puolesta käsittelemän korvaushakemuksen käsittelyn yhteydessä kerätä, käyttää ja luovuttaa niitä tietoja minusta, jotka ovat hakemuksen käsittelyn kannalta tarpeen.

SOS International kerää tietoja voidakseen arvioida, olenko oikeutettu saamaan korvauksen. SOS International saa tässä yhteydessä luovuttaa saamia tietoja minun tunnistamiseksi (esim. henkilötunnus) ja tietoja vakuutuksestani ja terveydestäni niille tahoille, joilta kerätään tietoa. SOS International tarkentaa tietoja kerätessään, mitä tietoja SOS International tarvitsee asian käsittelemiseksi.

## **Keneltä tietoja voidaan kerätä?**

SOS International voi tällä suostumuksella kerätä tarpeellisia tietoja seuraavilta tahoilta yhden vuoden ajan suostumuksen allekirjoittamisajankohdasta lähtien:

- Nykyinen ja aikaisempi lääkäriini.
- Erikoislääkärit, hammaslääkärit, fysioterapeutit, kiropraktikot ja psykologit
- Julkiset ja yksityiset sairaalat, klinikat, terveyskeskukset ja laboratoriot.
- Muut vakuutusyhtiöt sekä luottokorttiyhtiöt.
- Lentoyhtiöt ja/tai matkatoimistot.
- Kansaneläkelaitos
- Muita asiaan liittyviä osapuolia voidaan lisätä tähän:

Mainitut toimijat saavat tällä suostumuksella yhden vuoden ajan allekirjoitusajankohdasta lähtien luovuttaa tarpeellisia tietoja SOS Internationalille.

## **Kenelle voidaan luovuttaa tarpeellisia tietoja asiasta?**

SOS International voi tämän suostumuksen pohjalta luovuttaa tarpeellisia tietoja seuraaville toimijoille korvaushakemuksen käsittelyn yhteydessä:

- Lääkärit, jotka ovat tutkineet ja hoitaneet minua
- Sairaalat, joihin minut on kuljetettu tai joissa minua on hoidettu
- Maakunta, jossa minua on hoidettu
- Potilasturvallisuudesta vastaava viranomainen, maakunnat tai vastaavat kansalliset tai ulkomaiset terveysviranomaiset, kun kyse on toisessa EU/ETA-maassa/Sveitsissä saadusta terveydenhuollosta
- Muut vakuutusyhtiöt, jonne olen ilmoittanut asian, mukaan lukien luottokorttiyhtiöt.
- Lentoyhtiöt ja/tai matkatoimistot.
- Kansaneläkelaitos
- Muita asiaan liittyviä osapuolia voidaan lisätä tähän:

## **Minkä tyyppisiä tietoja voidaan kerätä, käyttää ja luovuttaa?**

Suostumus käsittää seuraavien tietojen keräämisen, käytön ja luovuttamisen:

- Terveystiedot, mukaan lukien tiedot sairauksista, oireista ja yhteydenotoista terveydenhuoltopalveluihin.
- Asiaa koskevat tiedot, mukaan lukien vakuutus- ja matkatiedot

## **Miltä ajalta tietoja voidaan kerätä?**

Suostumus koskee niitä tietoja, jotka ovat ajankohdaltaan yhtä vuotta ennen vahinkoa/matkatilausta siihen ajankohtaan asti, kun SOS International on tehnyt päätöksen korvaushakemuksen pohjalta.

SOS International voi erityisestä syystä saada tietoja myös ajalta ennen tätä ajanjaksoa, mikäli ilmenneet tiedot antavat perusteen kerätä tietoja myös ajanjakson ulkopuolelta.

## **Suostumuksen peruuttaminen**

Suostumuksen voi milloin tahansa peruuttaa. Suostumuksen peruuttaminen koskee käsittelyä tulevaisuudessa. Peruuttaminen voi vaikuttaa asiani käsittelyyn SOS Internationalissa sekä vakuutusyhtiössäni.

## **Valtakirja**

Annan SOS Internationalille valtakirjan periä puolestani korvausta Potilasvakuutuskeskukselta, Kansaneläkelaitokselta tai vastaavilta kansallisilta tai ulkomaisilta terveysviranomaisilta koskien terveydenhoitoa, jota olen saanut EU-/ETA-maissa/Sveitsissä.

<b>Suostumus</b>	Nimi:	Henkilötunnus:
	Allekirjoitus:	Päiväys:
	<b>Jos kyseessä on lapsi, on vanhempien/huoltajien allekirjoitettava:</b>	
	<input type="checkbox"/> Rastita yhteishuoltajuus	
	Nimi (Vanhempi/huoltaja):	Henkilötunnus:
	Allekirjoitus:	Päiväys:
	Nimi (Vanhempi/huoltaja):	Henkilötunnus:
Allekirjoitus:	Päiväys:	

SOS International a/s • Matkavahinkojen korvauskäsittely • Nitvej 6 • 2000 Frederiksberg • Denmark  
Puhelin +358 9 6131 5065 • Sähköposti: [yahingot@sos.eu](mailto:yahingot@sos.eu)  
CVR-numero 17013718  
Ilmoitus päivitetty, syyskuu 2019